

SOSIAALINEN TUKI JA NUORTEN MASENNUS

Miten sosiaalinen tuki vaikuttaa masennuksesta
selviämiseen nuorilla?

Asta Kohtala
Pro Gradu – tutkielma
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja
kauppatieteiden tiedekunta
Yhteiskuntatieteiden laitos
Sosiologian pääaine
Toukokuu 2012

Itä-Suomen yliopisto

Tiedekunta Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden	Laitos Yhteiskuntatieteiden laitos
Tekijä ASTA KOHTALA	
Työn nimi Sosiaalinen tuki ja masennus. Miten sosiaalinen tuki vaikuttaa masennuksesta selviämiseen nuorilla?	
Oppiaine Sosiologia	Työn laji Pro Gradu -tutkielma
Aika Toukokuu 2012	Sivumäärä 78
Tiivistelmä - Abstract <p>Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteyttä nuorilla. Sosiaalinen tuki jakautuu rakenteelliseen tukeen ja funktioihin, jotka ovat sosiaalisen tuen objektiivinen puoli. Tässä tutkimuksessa kuitenkin keskitytään sosiaalisen tuen subjektiiviseen puoleen, johon vaikuttaa objektiivinen sosiaalinen tuki, mutta etenkin yksilön omat tarpeet ja arviot tuen riittävydestä. Masennus on määritelty ICD – tautiluokituksen mukaiseksi sairaudeksi.</p> <p>Tutkimusongelmana on selvittää vaikuttaako subjektiivinen sosiaalinen tuki masennuksesta selviämiseen nuorilla. Tutkimusaineistona on vuosina 1998–2002 kerätty aineisto 200 masennusdiagnoosin saaneista, peräkkäisistä avohoitopotilaista Peijaksen sairaanhoitoalueelta ja 218 sukupuoli- ja ikäkaltaistetusta verrokista, jotka valittu satunnaisotannalla alueen kouluista. Tutkittavat vastasivat kyselyihin koskien masennusoireita (BDI) ja koettua sosiaalista tukea (PSSS-R) alkumittauksessa ja vuoden päästä tapahtuneessa seurannassa.</p> <p>Aineisto analysoitiin ensin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella, josta huomattiin, että masennusoireiden määrä korreloi negatiivisesti koetun sosiaalisen tuen kanssa. Seuraavaksi aineisto analysoitiin lineaarisella regressioanalyysillä, jossa masennusoireiden määrän muutosta selittäviksi muuttujiksi on valittu tutkimusryhmä, ikä, sukupuoli, huoltajien SES, sekä perheen ja ystävien tuet alkumittauksessa ja seurannassa. Tuloksena oli, että seurannan sosiaaliset tuet olivat yhteydessä masennuksen vähenemiseen, kun taas alkumittauksen perheen tuki oli yhteydessä masennusoireiden lisääntymiseen, mikä oli hypoteesin vastainen havainto. Korrelaation mukaan kuitenkin sosiaalinen tuki on yhteydessä alhaisempaan masennusoireiden määrään. Sosiaalista tukea olisi siis syytä tutkia vielä seuranta-aineistoilla ja sellaisilla nuorilla, jotka eivät ole psykiatrisen hoidon piirissä. Myös objektiivisen ja toteutuneen tuen mittaamisen sisällyttäminen tutkimukseen mukaan on tärkeää.</p>	
Asiasanat Sosiaalinen tuki, masennus, nuoret	
Säilytyspaikka	Itä-Suomen yliopiston kirjasto
Muita tietoja	

University of Eastern Finland

Faculty Faculty of Social Sciences and Business Studies	Department Department of Social Sciences
Author ASTA KOHTALA	
Title Social Support and Depression. What is the Effect of Social Support on Curing from Major Depression in Adolescents?	
Academic subject Sociology	Type of thesis Master's Thesis
Date May 2012	Pages 78
<p>Abstract</p> <p>The aim of this study is to examine the connection between social support and major depression. Social support can be seen as structural or functional support, which is the objective side of social support. Whether in this study subjective social support is the main concept. Objective social support effects the subjective support, but in objective support there is an evaluation whether perceived support is enough and right kind of. Major depression is an illness according to ICD.</p> <p>The study problem is to find out if the subjective social support helps adolescents to cure from the Major depression. The data has been collected in 1998 – 2002 and comprises 200 MSD- diagnosed consecutive outpatients in the Peijas district and 218 age- and sex-matched school-attending controls. The method of collecting the controls has been random sample. Adolescents were interviewed about their perceived social support and their symptoms of depression with Perceived Social Support Scale- Revised (PSSS-R) and Beck Depression Inventory (BDI) in baseline interview and in one-year follow-up.</p> <p>The data was first analyzed with Spearman's rank correlation coefficient. The results suggested that there is a negative correlation between symptoms of the Major Depression and perceived social support. After this the data was analyzed with Linear Regression Analysis. The scalar variable was the change in Major depression and explanatory variables were research group, age, sex, parental socioeconomic status and social support and Major depression in baseline and in follow-up. The results suggest that social support in follow-up is connected to decreased number of Major depression symptoms and family support in baseline was surprisingly connected to increased number of Depression symptoms. The latter was contrary to the hypothesis. Anyhow the correlation results suggest that there is a connection between higher social support and lower depression so the topic should be examined more in adolescents who are not outpatients and with follow-up data. It would be also important to examine objective support at the same time.</p>	
Keywords Social Support, Major Depression, Adolescence	
Archive location	University of Eastern Finland Library
Additional information	

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	4
2 NUORUUS, MASENNUS JA SOSIAALINEN TUKI	10
2.1 Nuoruus ajanjaksona ja ajassa	10
2.2 Masennuksen teorit ja nuorten masennus	13
2.3 Sosiaalisen tuen teorit	18
2.3.1 Sosiaalinen tuki ja rakenne	22
2.3.2 Sosiaalisen tuen funktiot	24
2.3.3 Subjektiivinen ja objektiivinen sosiaalinen tuki	26
2.3.4 Sosiaalinen tuki ja sukupuoli	27
2.3.5 Yhteenveto sosiaalisesta tuesta	28
2.4 Sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteys tutkimuksissa ja teorioissa	30
2.4.1 Sosiaalinen tuki, terveys ja masennus	30
2.4.2 Sosiaalinen tuki ja masennus nuorilla	34
2.4.3 Sosiaalinen tuki, masennus, sukupuoli, ikä ja sosioekonominen asema	37
2.4.5 Yhteenveto sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteydestä	38
3.5 Masennus ja sosiaalinen tuki tässä tutkimuksessa	39
3 AINEISTOT, MENETELMÄT JA ANALYYSI	40
3.1 Tutkimuskohde ja tutkimuksen kulku	40
3.2 Muuttujat ja mittarit	42
3.2.1 Masennusoireiden mittari	42
3.2.2 Subjektiivisen sosiaalisen tuen mittari	43
3.2.2 Muuttujien ominaisuudet	45
3.3 Aineiston analyysimenetelmä	46
4 TULOKSET	48
4.1 Masennus	48
4.1.2 Sosiaalinen tuki	49
4.1.3 Sosiaalisen tuen ja masennuksen välinen yhteys	51
4.4 Sosiaalisen tuen vaikutus masennuksen määrän muutokseen	54
5 YHTEENVETO	63
5.1 Tulokset ja teoria	63
5.2 Metodien pohdinta	68
LÄHTEET	71

KUVIOT

KUVIO 1: SOSIAALINEN TUKEA KAAVIONA	29
---	----

TAULUKOT

TAULUKKO 1. MASENNUKSEN OIREET ICD - LUOKITUKSEN MUKAAN (ISOMETSÄ 2011, 20)	14
TAULUKKO 2: SOSIAALISTA TUKEA KUVAAVAT VÄITTÄMÄT	44
TAULUKKO 3: ADS -POTILAAT JA VERROKIT	48
TAULUKKO 4: SOSIAALISEN TUEN SUMMAPISTEIDEN MERIDIAANIT	50
TAULUKKO 5: MASENNUKSEN JA SUBJEKTIIVISEN SOSIAALISEN TUEN VÄLISET KORRELAATIOT SPEARMANIN JÄRJESTYSKORRELAATIOKERTOIMELLA	52
TAULUKKO 6: YKSITTÄISET MUUTTUJAT MASENNUKSEN MUUTOS -MUUTTUJAN KANSSA REGRESSIOANALYYSISSÄ	55
TAULUKKO 7: MASENNUKSEN MUUTOS MALLEITTAIN KAIKILLA TUTKITTAVILLA, SEKÄ POTILAILLA JA VERROKEILLA	58
TAULUKKO 8: MASENNUKSEN MUUTOS SUKUPUOLITTAIN	61

1 JOHDANTO

Ihmiset juoksevat karkuun masennusta ja masentunutta. Yhteiskunnasta on modernisaation myötä tullut yksilökeskeinen. Yksilöt kilpailevat toisiaan vastaan. Vaikka yhtä voittajaa kohtaan on monta häviäjää, nähdään häviäminen yksilön omana syynä. Markkinoiden luoma kuva kaikkivoivasta ihmisestä heijastuu sosiaalisina normeina ja sysää vaatimuksen yksilön niskaan. Yksilökeskeisyydessä asutaan yksiöissä. Seinät eristävät luonnolliset ihmiskontaktit. Jos seinien sisään jää, ei sitä kukaan huomaa. Tai vaikka saman katon alla asuttaisiinkin, saattaa olla niin kiire omassa elämässä, ettei ehdi tai jaksa huomata, jos toisella alkaa mennä huonosti. Lindfors (2007) huomauttaa, että yhteisöllisimmissä kulttuureissa ihmiset pitävät toisistaan enemmän huolta. Yhteisöllisemmissä kulttuureissa jos joku jää syrjään, mennään hänet hakemaan mukaan. Masentunut ei jää vahingossa syrjään. Suomessa sosiaalisen tuen antaminen masentuneelle ei ole yhteisön asia, vaan toisten yksilöiden antama uhraus. Masennus on yksilölle stigma, josta on vaikea päästä eroon.

Mielenterveys liittyy tiiviisti ympäristöön ja elämäntilanteeseen, jossa yksilö on. Voisiko siis ihmisen sosiaalinen ympäristö olla mielenterveyttä kohentava ja ylläpitävä tekijä? Tähän tematiikkaan koetetaan saada vastausta tässä Pro Gradu -tutkimuksessa pohdimalla sitä, auttaako sosiaalinen tuki nuoria selviämään masennuksesta. Tutkimusongelmana tarkastellaan sitä, miten koettu sosiaalinen tuki vaikuttaa masennuksesta selviämiseen nuorilla. Kysymystä tutkitaan vertaamalla masennuksen alkumittauksen muutosta yhden vuoden seurannan mittaukseen ja tarkastelemalla sitä, miten sosiaalinen tuki vaikuttaa tähän muutokseen. Hypoteesina on, että ne henkilöt, jotka kokevat saavansa enemmän sosiaalista tukea, selviytyvät masennuksesta paremmin kuin ne, jotka kokevat saavansa vähemmän sosiaalista tukea. Tarkastelussa otetaan huomioon myös sukupuoli, ikä ja vanhempien sosioekonomisen asema.

Masennuksen ja sosiaalisen tuen yhteys on yhteiskunnallisesti tärkeä kysymys juuri sen takia, että pysyvät sosiaaliset suhteet eivät enää ole ihmisille itsestäänselvyys ja moderni maailma tarjoaa ihmisille epävarmuutta, joka on mielenterveyttä horjuttava tekijä.

Sosiaalisen tuen kysymys onkin tärkeä juuri siksi, että saadaan selville se, mikä on sosiaalisten verkostojen merkitys mielenterveydelle. On hyvä kysyä, minkälaiset tekijät mielenterveyttä pitävät yllä, eli millaisia rakenteita tulisi yhteiskunnassa tukea. Jos sosiaaliselle tuella on masennuksesta toipumista edistävä vaikutus, tulisi sosiaalisen tuen saamisen mahdollisuuksia rakenteellisesti lisätä.

WHO arvioi, että masennus tulee lisääntymään niin, että siitä tulee vuoteen 2030 mennessä merkittävin uhka terveydelle koko maailmassa (BBC News 2009). Vaikka Suomi on yhden tutkimuksen mukaan maailman kolmanneksi onnellisin maa (HS 2.10.2010), pidetään masennusta Suomessa kansantautina. Masennuksen takia työkyvyttömyyseläkkeelle jääneiden määrä on kaksinkertaistunut 1990-luvulla (STM:n selvityksiä 2005:1). Etenkin nuorista puhutaan masentuneena sukupolvena. Raitasalon ja Maaniemen (2009) mukaan joka päivä viisi nuorta jää työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveysongelmien takia. Myös nuorille masennuksen takia myönnetyt sairauspäivärahat ovat lisääntyneet voimakkaasti 2000-luvulla. (Raitasalo & Maaniemi 2009.)

Yhteiskunnassa masennukseen on vastattu niin, että se on sairaus, joka vaatii hoitoa aivan kuin mikä tahansa muukin sairaus. Valtio on antanut lasten ja nuorten psykiatrialle lisää rahoitusta, minkä takia osaltaan myös avo- ja laitoshoidon palvelujen käyttö on nuorilla lisääntynyt (Pirkola & Sohlman 2005, 21). Nuorten masennusta pyritään seulomaan jo perusterveydenhuollossa ja kouluissa, jotta masentuneet saataisiin hoidon piiriin tarpeeksi aikaisin. Nuorisopsykiatriassa hoidetaan yksilöä usein psykoterapialla ja hoitoon pyritään liittämään lääkkeitä, jos vakava masennustila ei mene riittävän nopeasti ohi. (Karlsson & Marttunen 2007, 20–21.) Psykoterapiapalveluita ei lisärahoituksesta huolimatta kuitenkaan riitä kaikille. Toisaalta myös masennuslääkkeiden tehokkuutta on alettu kyseenalaistaa (Kaaro, Jani HS 19.7.2011, B8) ja terapiakulttuuria on kritisoitu siitä, että se leimaa normaalit reaktiot yhteiskuntaan sairaiksi (Hamilo 2011).

Bauman (1996) syyttää modernia aikaa siitä, että se pyrkii rajaamaan minkä tahansa ongelman kapeasti ja etsimään sille täsmällistä ratkaisua sen sijaan, että otettaisiin kokonaisuus huomioon. Hän kritisoi tällaista kapea-alaista ongelmanratkaisua siitä, että siinä jätetään huomioimatta monet puolet ja ratkaisujen sivuvaikutukset. (Bauman 1996.)

Masennus eristetään yhteisön todellisuudesta erilliseksi ongelmaksi, jota pyritään hoitamaan erillisillä interventioilla kuten psykoterapialla ja lääkkeillä. Lähellä olevat ihmiset eivät välttämättä koe, että he olisivat niin velvollisia auttamaan masentunutta. Toisaalta työelämänkään ei tarvitse joustaa, koska masentuneet ovat muiden kuin läheistensä vastuulla. Tällöin masennus rajataan yksilön ongelmaksi, joka pitää hoitaa. Yksilön pitää muuttua, ei olosuhteiden tai yhteiskunnan, vaikka yhteiskunnassa on monia tekijöitä, jotka altistavat yksilön masennukselle.

Tontti (2008, 22–42) linkittää länsimaisen masennuksen yksilön kokemukseen siitä, että epäonnistuminen on omaa syytä. Länsimainen yhteiskunta vaatii yksilöltä omien tunteidensa hallintaa samalla kun tarjoaa kuvan siitä, että pitäisi aina vain saavuttaa enemmän ja enemmän. (Emt., 22–42) Yksilön on itse luotava oma identiteettinsä. Etenkin nuorilla ryhmäjäsenyydet identiteetin tarjoajina ovat heikentyneet ja jokaisella on ikään kuin velvollisuus olla “vain itsensä kaltainen”. Identiteettityö on toisaalta vapauttavaa, mutta osalle valinnanmahdollisuus on ahdistava ja lamaannuttava vaatimus. (Salasuo 2007, 87–88.)

Masennus voi liittyä vieraantumiseen yhteiskunnasta. Nuori ei välttämättä koe, että tulevaisuudessa olisi mitään vaihtoehtoja, joita kohti hän haluaisi pyrkiä. Tontti (2000, 116) nostaa esille ajatuksen, että ehkäpä tietty sopeutumattomuus tähän yhteiskuntaan on se masennuksen lähde, jolle jotain pitäisi tehdä. Nuorten syrjäytyminen yhteiskunnasta kun on yksi aikamme vitsaus. Tontti (2000) näkee masennuksen luonnollisena reaktion ulkoiseen yhteiskuntaan. Ehkä nuorten masennus kertoo juuri siitä, että omaa paikkaansa on vaikeaa löytää.

Moderni maailma ja mainokset luovat kuvaa siitä, että mikä tahansa elämä on yksilön itsensä valittavissa. Tietyn tason jälkeen tällainen kaiken saavuttaminen ei kuitenkaan lisää onnellisuutta. Sen menettäminen, mitä on saavuttanut, vähentää onnellisuutta, tosin siihenkin tottuu (Nars 2006, 92–95). Illuusiossa loputtomasta valinnan mahdollisuudesta ei yksilö voi syyttää elämäntilanteestaan esimerkiksi syntyperäänsä. Traditio, suku tai työ eivät luo ihmiselle enää sellaisia valintoja määrääviä moraalikoodeja kuin ennen (Salasuo 2007, 31). Vaikka syntyperän vaikutus häivytetään, on sillä silti iso vaikutus

siihen, mitkä valmiudet yksilö saa elämälleen. Yksilöllinen yhteiskunta vaatimuksineen voi edesauttaa masentumaan samaan aikaan kun se haurastuttaa sosiaalisten verkostojen vahvuutta.

Modernissa kulttuurissa pyritään ajankäytön tehostamiseen ja elämänrytmi on kiivas, mikä on johtanut siihen, että esimerkiksi perheen kesken vietetty aika on vähentynyt (Nars 2006, 196–207) ja onkin alettu puhua laatuajasta. Modernin ajan ihmissuhteiden liimana toimivat niin sanotut puhtaat tunteet. Ihmisten väliset siteet eivät perustu riippuvuuteen toisista ihmisistä niin kuin ennen, vaan tunteeseen siitä, että halutaan olla tekemisissä toisen ihmisen kanssa. (Bauman 1996.) Ihmisillä on siis mahdollisuus valita kenen kanssa ovat tekemisissä, koska mikään vahva, esimerkiksi taloudellinen riippuvuus ei sido heitä toisiin ihmisiin. Valinnan mahdollisuutta lisää se, että ihmiset asuvat yksiöissään, töitä tehdään pätkissä työpaikkaa vaihtaen ja erilaiset yhteisötkin ovat valittavissa.

Masentuvan yksilön kannalta ihmisten välisten vahvojen riippuvuuksien puuttuminen on huono asia, sillä mielen pahoinvoinnista kärsivät eivät aina tuota positiivisia tunteita ihmisissä ympärillä. Tällöin, kun ihmiset voivat valita, ovatko masentuneen kanssa tekemisissä, on vaarana, että masentuneen tukiverkko haurastuu (kts. Leskelä 2008). Masennus onkin yksi yksinäisyyden syistä ja seurauksista (Saari 2010). Jo 1800-luvun lopussa Durkheim (1985 (ap. 1897)) teoretisoi, että liian anominen tai egoistinen, eli yksilöllinen, yhteiskunta vähentää yhteisötasolla mielenterveyttä, mikä näkyy esimerkiksi lisääntyneinä itsemurhalukukuina. Yhteiskunnassa olisi hyvä olla tarpeeksi yhteisiä normeja ja kiinteyttä luovia tekijöitä, jotta yhteiskunta olisi terve.

Yhteisöllisyys on noussut keskusteluun ja sitä esitetään ratkaisuksi yksilöllistymisen ongelmaan. Individualistinen maailmankuva ei monien ihmisten yhteisöllisyyttä ja ryhmäkäyttäytymistä tutkineitten tutkijoiden mielestä anna oikeanlaista kuvaa ihmisestä. Ihminen kun on läpeensä sosiaalinen olento, eikä hänen käyttäytymistään voida nähdä pelkästään yksilöllisenä (Burr 2007, 146–152). Ihmiset luovat yhdessä sosiaalisen todellisuuden. Tämä todellisuus on täynnä merkityksiä, ja nämä merkitykset ohjaavat sitä, mihin ihminen huomionsa kiinnittää ja millainen maailmankuva hänellä on (Berger &

Luckmann. (1994 (ap. 1966).) Ihminen ei ole niin itsellinen valitsija kuin usein ajatellaan, vaan ympäristö vaikuttaa siihen, millainen yksilö on, koska sosiaalisessa ympäristössä ihminen luo identiteettinsä. (Burr 2007, 146–152.) Myös masennus ihmisen olotilana liittyy sosiaaliseen ympäristöön. Sillä on merkitystä, millä tavalla tätä pitkäaikaista mielialaa käsitteellistetään. Onko se yksilön sairaus vai yhteisön yhteinen ongelma? Pääseekö masentunut edes kiinni siihen sosiaaliseen todellisuuteen, jota muut käsitteellistävät?

Vieraantumisen voisi katkaista kuuluminen yhteisöön, johon liittyy luonnollisena osana sosiaalinen tuki. Psykoterapian toimivuus perustuu Hamilon (2011, 120–121) mukaan sille, että masentunut ja terapeutti liittoutuvat yhteen ratkaistakseen masennuksen. Tällöin terapeutti, jolla on usein arvostettu yhteiskunnallinen asema, eli korkea status, osoittaa masentuneelle ystävällisyyttä, mikä viestii siitä, että masentuneen asema yhteisössä on taas hyvä. (Emt., 120–121) Saman vaikutuksen kuin terapia voisi saada aikaan myös sosiaalinen tuki, mikäli sitä olisi tarpeeksi saatavilla. Hamilo esittää, että entisaikojen 150 ihmisen yhteisöissä tällaista tukea oli saatavilla masentuneelle (Hamilo 2011).

Yhteiskunnan rakenteen pitäisi tukea ihmisten kanssakäymistä ja lähellä olemista. Toki on olemassa myös pelko, että tämä yhteisöllisyys tarkoittaa suvaitsemattomuutta ja tiiviiden yhteisöjen ulkopuolelle jättämistä. Sosiologiassa perusteemoja on asettelu vanhan ja uuden välillä. Vanhassa maailmassa elettiin lämpimissä yhteisöissä ja uusissa kylmissä yhteiskunnissa ihmiset on yksilöllisempi. Sosiologialle tyypillinen yhteisöllisyyden ihannointi näkyy myös tässä tutkimuksessa.

Tutkimus alkaa teoriaosiolla, joka käsitteellistää, esittelee tutkimuksia ja sosiologista näkemystä nuoruudesta, masennuksesta ja sosiaalisesta tuesta. Teoriassa pohditaan ensin näitä kolmea peruskäsitettä, joiden jälkeen esitellään sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteyttä tutkimuksissa ja teorioissa, sekä selvitetään se, miten näitä käsitteitä käytetään tässä tutkimuksessa. Teoriaosion jälkeen tulee metodiosio, jossa kerrotaan, miten aineisto on kerätty ja millaisia mittareita sosiaalisen tuen ja masennuksen mittaamiseen on käytetty. Tämän jälkeen tulososiossa kuvaillaan ensin tuloksia ristiintaulukoilla, jon-

ka jälkeen tarkastellaan masennuksen ja sosiaalisen tuen yhteyttä korrelaatiokertoimella. Pääanalyysinä tarkastellaan lineaarisella regressioanalyysillä taustamuuttujien, eli tutkimusryhmän, sukupuolen, iän ja huoltajien sosioekonomisen aseman, ja sosiaalisen tuen vaikutusta masennuksen muutokseen. Yhteenvedossa peilataan näitä saatuja tuloksia aikaisempaan teoriaan ja esitettyyn hypoteesiin siitä, että sosiaalinen tuki vähentäisi masennusta nuorilla. Tämän jälkeen esitetään tarve toimenpiteistä ja jatkotutkimuksen aiheista, sekä tarkastellaan kriittisesti tehtyä tutkimusta.

2 NUORUUS, MASENNUS JA SOSIAALINEN TUKI

Tämän tutkimuksen peruskäsitteitä ovat sosiaalinen tuki, masennus ja nuoruus. Tässä osiossa tarkastellaan teorioita ja tutkimuksia liittyen näihin käsitteisiin. Ensin tarkastellaan nuoruutta ajanjaksona, jotta saadaan kuvaa siitä millaisia tutkittavat ovat ja millaisessa maailmassa he elävät. Tämän jälkeen esitetään määritelmä ja syitä masennukseen, jotta masennuksen käsite saadaan rajattua ja saadaan kuvaa siitä, miten ilmiötä voidaan ymmärtää. Sosiaalinen tuki on määritelmiltään hajanainen ja sosiaalisen tuen teoriaosio koostuukin erilaisista teorioiden esittelystä. Perustana sosiaalisen tuen teorialle on kuitenkin jaottelu sosiaalisen tuen rakenteeseen ja funktioihin, sekä jako objektiiviseen ja koettuun subjektiiviseen sosiaaliseen tukeen. Tämän osion lopussa käsitellään sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteyttä tutkimuksissa ja teorioissa, sekä sukupuolen, iän ja sosioekonomisen aseman vaikutusta yhteyteen. Viimeiseksi on vielä selvennys siitä, mitä käsitteillä sosiaalinen tuki ja masennus tässä tutkimuksessa tarkoitetaan.

2.1 Nuoruus ajanjaksona ja ajassa

Nuoruus on välivaihe lapsuuden ja aikuisuuden välillä. Yleensä nuoruuden ajatellaan rajoittuvan ikävuosiin 12 - 22 (Marttunen & Rantanen 1999, 497), mutta sosiologiassa nuoruuden ajan katsotaan venyneen pitemmäksi. Nuoruudessa on kehitystehtäviä, joista tärkeimmät liittyvät siihen, että miten nuori irrottautuu perheestään ja samaistuu enemmän ikätovereihinsa, sekä muodostaa oman aikuisen identiteettinsä ja kyvyn olla yhteiskunnassa ja parisuhteessa. Tämän lisäksi nuoren ruumis muuttuu lapsen kehosta aikuisen ruumiiksi. (Marttunen & Rantanen 1999, 497.) Kun nuoruutta tarkastellaan sosiologisesti, kysytään, mitä nuoruus on ajanjaksona, minkälaista nuorten elämä on nykyaikana ja miten tätä kaikkea voi sosiologisesti käsitteellistää. Tärkeä osa nuorten elämäntavan kuvausta on käsitellä sitä, miten nuorten suhteet vanhempiinsa ja ikätovereihinsa rakentuvat.

Salasuo (2007) puhuu 2000-luvun nuorista atomisoituneena sukupolvena. Nuoret eivät enää kuulu vahvasti alakulttuureihin. Nuorten sosiaaliset suhteet rakentuvat eri tavalla

kuin menneessä maailmassa (Koski 2007, 20–21). Nuoruudessa yhtenä tehtävänä on päästää irti vanhemmista ja aloittaa oma elämä. Suomessa, poiketen esimerkiksi Etelä-Euroopan maista, on vaatimuksena se, että jo myöhäisnuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa pitää nuoren muuttaa asumaan pois vanhempiensa luota ja pärjätä ainakin päällisin puolin itseksensä. Nuorten ja vanhempien elämät ovat Hurrelmannin (1989, 3–4) mukaan modernisaation myötä eronneet toisistaan. Maailmoja erottaa se, että vanhemmat käyvät töissä ja nuoret koulussa, minkä takia yhteinen tila ja aika ovat rajatumpia. Muutos on suuri entisaikojen maatalousyhteiskuntaan, jossa työ ja vapaa-aika vietettiin samoissa tiloissa. (Hurrelmann 1989, 3–4.) Modernissa maailmassa nuorilla on ainakin osittain omat sosiaaliset tilansa, esimerkiksi nuorisotalot ja koulumaailma. Voisi siis ajatella, että koska nuoret viettävät ikätoveriensa seurassa paljon aikaa, ikätoverit olisivat merkittävämpiä kuin vanhemmat. Asia ei ole kuitenkaan näin. On tutkittu, että vanhemmat ovat kuitenkin nuorille tärkeämpiä merkittäviä toisia kuin ikätoverit (Bö 1989, 160–162). Maailmojen eriytyminen vain asettaa haasteita yhteisen ajan löytymiselle.

Ennen perinteet ohjasivat sitä, miten ihmiset elämänsä rakentavat ja tietty yhteisö pysyi yleensä yksilön koko elämän ajan. Nyt yksilöllinen valinnanvapaus ja –pakko on lisääntynyt. Kouluissa nuorten elämää leimaa yksilöllisyys siten, että jokaisen pitää erikoistua ja valita oma opintopolkunsa (Järvinen 2007, 16). Erikoistuminen on nimenomaan yksilön oman muista erillään olevan tulevaisuuden suunnittelua. Tällöin minun hyvä ei tarkoita välttämättä meidän hyvää, joka on yksi yhteisöllisyyden perusta. Esimerkiksi lukio on usein luokaton, jolloin yhteenkuuluvuuden tunnetta ei pääse syntymään niin vahvasti, kun ihmiset vaihtuvat tunnilta toiselle. Ei koulu, eikä elämä, tue pitkäaikaisten ystävyyssuhteiden luomista niin hyvin kuin aiemmin (Koski 2007, 20–21). Tämä tarkoittaa siis sitä, että nuorten pitää tehdä aikaisempaa enemmän töitä ihmissuhteiden ylläpitämiseksi. Ihmissuhteet perustuvat tunteisiin ja niiden kautta tehtäviin valintoihin. Tästä joutuksen sosiaalisen tuen saaminenkaan ei ole itsestäänselvyys.

Nuorten yksilöllistä valintaa korostava elämänpolku asettaa yksilölle myös vastuun siitä, minkä statuksen hän saavuttaa elämässään. Perusajatuksena on, että nuorena pitää luoda puitteet sille asemalle, jonka tulee aikuisiällä samaan ja valita esimerkiksi se, mihin ammattiin elämässä suuntautuu. Mitkään traditiot tai perhe eivät määrää yksilön

paikkaa maailmassa, minkä takia oma paikka pitää löytää itse. Suutarin pojasta ei välttämättä tule suutaria. Perhetausta ei ole merkityksetön, mutta nuoren pitää itse hankkia ja luoda oma statuksensa elämässä itse. Tämä tapahtuu yksilöllisen tien kautta. (Hurrelmann 1989, 9–10, 17.)

Suomessa yksilöllinen tie voi alkaa jo hyvin aikaisin. Varhaisessa vaiheessa pitää suunnata tulevaisuutta valinnaisaineiden valinnoilla. Yläkoulun arvosana vaikuttaa siihen, mihin lukioon tai ammattilinjalle pääsee, mikä taas vaikuttaa työllistymiseen tulevaisuudessa. Statuksen saavuttaminen pitkällä tähtäimellä ei kuitenkaan ole ristiriidatonta. Tietynlainen kaveriporukka voi esimerkiksi väheksyä koulussa saavutettua statusta ja arvostaa esimerkiksi kapinointia ja huonoa käytöstä auktoriteetteja kohtaan. Tämä ongelma on nuorten ja aikuisten maailman eriytymisen ytimessä.

Statukseen kun ei liity vain se, minkälaisen ammatillisen aseman yksilö saa maailmassa. Hurrelmannin (1989, 14–17) mukaan yksi tärkeä asia on myös sosiaalinen asema ja parin etsintä, ja tässä omalla ikäryhmällä on suuri merkitys. Nuorten pitää irrottautua vanhemmistaan ja muodostaa heidän kanssaan uudenlainen suhde. Tässä prosessissa omilla ikätovereilla ja etenkin seksuaalisilla tunteilla on suuri merkitys. Muutoksen tekee vaikeaksi se, että nuoret ovat pitkään taloudellisesti riippuvaisia vanhemmistaan ennen kuin alkavat elättää itsensä. Materiaalinen hyvinvointi, josta suurin osa nuorista pääsee nauttimaan joutumatta itse tekemään sen eteen töitä, antaa myös vapauksia kehittää yksilöllistä itseä. (Hurrelman 1989, 14–17.) Tämä vaikeuttaa nuorten siirtymistä aikuisuuteen, koska motivaatio aikuiseksi kasvamiseen heikkenee. Miksi tehdä töitä sen eteen, minkä ennen sai ilmaiseksi?

Nuorilla individualismi ja kilpailu näyttäytyvät lähinnä kovina vaatimuksina maailmasta, joka ei kuitenkaan tarjoa mitään. Beckin ja Beck-Gernsheimin (2001, 161) mukaan nuorten arvot ovat muuttuneet niin, että he eivät enää arvosta materiaalisia arvoja, jotka pitävät yhteiskunnan pyörimässä. He arvostavat enemmän asioita, joita ei voi mitata rahassa. Nuoret arvostavat vapaa-aikaa, haluavat aikaa itsellensä ja olla ystäviensä kanssa. He haluavat pitää hauskaa sen sijaan, että ottaisivat osaa institutionalisoituun

politiikkaan. Eivätkä he ymmärrä, miksi heidän pitäisi ottaa osaa johonkin joka ei näytä heille perustellulta. (Beck & Beck-Gernsheim 2001, 158–159, 161.)

On tutkittu, että nuoruuden siirtymien pidentyminen vaikuttaa nuorten mielenterveyteen negatiivisesti (Furlong & Cartmel 2006, 87). Toisaalta myös nykyaikana elämä on liikuvampaa ja elämään tulee enemmän keskeytyksiä, kuten se, että vanhemmat joutuvat muuttamaan työn perässä toiselle paikkakunnalle. Nämä keskeytykset, esimerkiksi muutto toiselle paikkakunnalle, altistavat nuoria masennukselle (Kaltiala-Heino ym. 2000). Nuoren mielenterveyden haasteena ovat nykyään siis epävarman nuoruusajan pidentyminen ja sosiaalisten rakenteiden ja suhteiden väliaikaisuus.

Nuoruus ajoittuu siis ikävuosille 12 – 22, mutta paremmin sitä kuvaa ajatus siitä, että se on välivaihe lapsuuden ja aikuisuuden välissä. Jos aikuisuus myöhästyy, niin nuoruus jatkuu pidempään. Entisaikoihin, jolloin ihmiset asuivat kyläyhteisöissä, verrattuna on nuoruus nykyään haastavampi vaihe elämässä. Suhteet perheeseen sekä ikätovereihin eivät ole niin itsestään selvät, vaan suhteiden eteen joutuu tekemään enemmän työtä, koska sosiaalinen ympäristö on epävakaampi kuin aiemmin. Nuoren pitää yksilöllisyyden odotusten mukaisesti itse valita oma tulevaisuutensa ja olla vastuussa siitä. Se, minäkalaisen aseman yksilö saavuttaa elämässä ja millaisen parisuhteen hän luo, tuovat nuoruuteen omat paineensa. Toisaalta aikuisten maailma ei välttämättä houkuta nuoria, mikä vähentää integroitumista. Nämä nuoruuden haasteet ovat yhteydessä masennukseen, jota käsitellään seuraavassa luvussa.

2.2 Masennuksen teorialat ja nuorten masennus

Masennus nähdään eri tavoilla eri tieteenalojen piirissä. Hiukan yksilökeskeisesti Heiskanen ym. (2011a, 9) esittävät erilaisia näkökulmia masennukseen. Masennus voidaan nähdä ensinnäkin biologisena ilmiönä, jolloin puhutaan esimerkiksi välittäjäaineiden häiriöistä aivoissa. Aivoihin liittyy myös neurokognitiivinen tulkinta, jossa masennus liittyy aivojen kyvykkyyden heikentymiseen esimerkiksi muistamisessa ja havainnoimisessa. Toisaalta masennus voidaan nähdä myös kognitiivisena kielteisen ajattelun kehä-

nä tai tunne-elämän häiriötilana. Sosiaalisesta näkökulmasta masennukseen liittyy vaikeuksia tai muutoksia sosiaalisuudessa, esimerkiksi riippuvuutta tai syrjäytymistä. Eksistentiaalinen näkökulma taas korostaa yksilön merkityksentunteen menetystä. (Heiskanen ym. 2011a, 9.)

TAULUKKO 1. Masennuksen oireet ICD - luokituksen mukaan (Isometsä 2011, 20).

- 1 Uupumus
- 2 Masentunut mieliala
- 3 Mielihyvän kokemisen menetys
- 4 Itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys
- 5 Kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne.
- 6 Toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös
- 7 Päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
- 8 Psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys
- 9 Unihäiriö
- 10 Ruokahalun ja painon muutos

Yhteiskuntatieteissä masennuksen määritelmä ei usein ole niin tarkka kuin biologisissa tieteissä. Tässä tutkimuksessa määrittelyn pohjana on kuitenkin hyvä käyttää lääketieteen ja psykologian diagnostista määrittelyä, jolla saadaan tietty oirekuva rajattua. Masennuksen määritelmä erottaa masennuksen surusta. Jokaisella ihmisellä on joskus masennuksen tuntemuksia elämässään, mutta masennuksesta nämä tuntemukset erottaa se, että masennus on pitkäkestoinen tila, joka haittaa selvästi toimintakykyä (Isometsä 2011a, 20). Masennuksen tärkeimmät oireet ovat ICD -luokituksen mukaan uupumus, masentunut mieliala ja mielihyvän kokemisen menetys (Isometsä 2011a). Tämän lisäksi masennuksella on vielä 7 muuta oiretta (ks. Taulukko 1).

Karlsson ja Marttunen (2011a) kuvaavat sitä, kuinka masennuksen kuva muuttuu nuoruuden eri vaiheissa. Nuoruudessa masennus vaihtelee kehitystason mukaan muistuttaen alussa lasten masennusta ja lopussa aikuisten masennusta. 12 – 14 –vuotiailla masennus näkyy ruumiillisina vaivoina ja esimerkiksi häiriökäyttäytymisenä, kun taas 15 – 17 -vuotiaat potevat masennusta vähemmän näkyvästi masentuneena mielialana ja 18 –

22 –vuoden iässä masennus näkyy jo aikuisten tapaan syrjäytymisenä ja kehityksen estymisenä. Nuorilla masennuksen ydinoireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän kokemisen menetys ja uupumus. Tämän lisäksi masennus näkyy nuorilla usein keskittymiskyvyn puutteena, joka ilmenee vaikeuksina koulussa. (Karlsson & Marttunen 2011a, 362–363; 2011b.)

Lapsuudessa masennuksesta kärsii 1-2% lapsista, mutta murrosiän koittaessa masennus yleistyy voimakkaasti. Aikuisikään mennessä 15% nuorista on sairastanut toimintakykyä haittaavaa masennusta. (Heiskanen ym. 2011c, 14–15.) Masennus nuoruudessa on merkittävä asia, koska se on riskitekijä mielenterveydelle ja psykososiaaliselle toiminnalle myös myöhemmässä elämässä. Masennus-oireet nuoruudessa ennustavat nuorien aikuisten masennustiloja, muita sairauksia ja psykososiaalisia häiriöitä, sekä ongelmia juomisen kanssa (Aalto-Setälä ym. 2002). Masennus voi siis haitata tulevaa elämää ja ennustaa itsensä uusiutumista, mutta vakavin riski on, että se johtaa itsemurhaan. Euroopassa 15% nuorten kuolemista johtuu itsemurhasta. (Asvall 2001, 4.)

Masennusta voidaan myös tarkastella siihen johtaneiden syiden näkökulmasta. Näkökulmina voivat olla biologiset, psykologiset, sosiaaliset, elämäntilanteisiin liittyvät ja sosiologiset yhteiskunnalliset selitykset, sekä yksilöiden omat selitykset syistä. Eri näkökulmista tarkastellut syyt luonnollisesti kietoutuvat toisiinsa, jonka takia masennukselle ei voi antaa vain yhtä syytä, eikä sitä voi selittää vain yhdestä näkökulmasta käsin.

Biologisesta näkökulmasta masennusta voi selittää masennusherkkyyden periytymisenä, hormonaalisilla muutoksilla ja talvikuukausina kirkkaan valon puutteesta johtuvana. Myös aikaisemmat masennusjaksot altistavat sille, että ihminen masentuu uudestaan. (Heiskanen ym. 2011b.) Naissukupuoli on myös riskitekijä. Naiset ovat selvästi useammin masentuneita kuin miehet (Brown 2002, 266). Voi myös olla niin, että masennuksen tunnusmerkit sopivat helpommin naisiin, kun taas miesten masennusta taas ei tunnisteta niin helposti (Rogers & Pilgrim 2005, 79). Miesten masennus voi peittyä esimerkiksi alkoholiongelman tai rikekäyttäytymisen alle (Ellonen 2008). Masennus voi myös liittyä joihinkin muihin sairauksiin tai mielenterveyden ongelmiin, mutta myös esimerkiksi päihderiippuvuuteen (Heiskanen ym. 2011b).

Tontti (Tontti 2000) on masentuneita haastatteleamalla koonnut 12 eri syytä masennukseen. Merkittävimpana selittäjänä pidetään ihmissuhteita, joissa ongelmat, tai jopa ihmissuhteiden puuttuminen ja menetykset, aiheuttavat masennusta. Toinen merkittävä masennuksen selitys liittyy lapsuuden kokemuksiin. (Tontti 2000) Tämä todennäköisesti liittyy osin masennuksen psykoanalyttiseen selittämiseen yhteiskunnassa, jolloin ihmiset osaavat kulttuurinsa narratiivin mukaan hakea masennuksen syitä lapsuudesta. Kolmas selitys taas liittyy mieleen, jolloin masentumiseen nähdään vaikuttavan vaikeudet omassa luonteessa, tunteissa tai ajatuksissa (Tontti 2000). Oman luonteen syyttäminen on hyvä nähdä myös yhteiskunnallisena asiana. Yksilöllinen yhteiskunta ohjaa ihmisiä näkemään oman psyykkeensä ongelmallisena sen sijaan, että tarkastelisi itseään osana laajempaa kokonaisuutta. Myös työhön liittyvät hankaluudet nähdään masennuksen syinä (Tontti 2000).

Ihmiset usein mieltävät siis masennuksen syyn itseensä ja lähiympäristöönsä, mutta yhteyttä yhteiskuntaan ei huomata. Yhteiskunnallisessa keskustelussa masennus nähdään Tontin (2008, 32–35) mukaan yksilöllisyyden käänköpuolena, yksilö voi syyttää masennuksesta vain itseään, kun elämä ei menekään kuten on suunnitellut. Usein syyt voivat kuitenkin olla yhteiskunnallisia. Sosiaalinen luokka on yhteydessä mielenterveyteen. Jos siirrytään ylimmästä sosiaalisesta luokasta alimpaan mielenterveysongelmien määrä lisääntyy merkittävästi (Almqvist 2004, 79–80). Esimerkiksi köyhyys voi kasvattaa riskiä mielenterveysongelman syntyyn, vaikkei voidakaan sanoa, että se olisi suoraan syy mielenterveysongelmaan (Rogers & Pilgrim 2005, 58–60). Sosioekonomiseen aseman yhteyttä masennukseen voi selittää siihen kytkeytyvillä tekijöillä. Usein alhaiseen sosioekonomisen aseman kanssa korreloivat esimerkiksi työttömyys, sairaudet ja epäedullinen asuinympäristö (Almqvist 2004, 80). Yhteiskunnallisen tason ja yksilötason yhteys masennukseen on monimutkainen kysymys. Ainakin se on varmaa, että tämä yhteys on olemassa, koska yhteiskunnan tasolla masentuneisuudessa on eroja. (ks. Hyypä & Mäki 2003.)

Yhteiskunnan vaikutusta voidaan selittää niin, että yhteiskuntatason muutokset tuovat yksilöiden elämään muutoksia, jotka voivat aiheuttaa masennusta. Suuret yhteiskunnal-

liset muutokset eivät sairastuta kaikkia, mutta tietty ryhmä jostain syystä kärsii helpommin. (Brown 2002, 167–169.) Toiset olot ruokkivat masennusta enemmän kuin toiset. Suomessa tällaisia suuria muutoksia, jotka ovat lisänneet ihmisten oireilua, ovat esimerkiksi niin sanottu suuri muutto, eli nopea kaupungistuminen lähiöihin 60- ja 70-luvuilla, sekä lama 90-luvun alussa. (Almqvist 2004, 78–79) Vanhempien epävarmuus esimerkiksi omasta työpaikasta voi heijastua koko perheen turvattomuutena ja stressaantumisen lisääntymisenä, mikä puolestaan on yhteydessä masennukseen.

Elämäntapahtumat liittyvät yksilötasolla tarkasteltuna masennukseen kahdella tavalla. Ensinnäkin varhaislapsuudessa tapahtuneet traumaattiset asiat, kuten hyväksikäyttö tai fyysinen väkivalta, voivat tehdä ihmisestä herkemmän masentumaan. Toiseksi masennuksen voivat laukaista myöhemmässä elämässä vastaan tulevat traumaattiset kokemukset tai menetykset. (Myllärniemi 2011a, 57–58; 2011b, 59.) Kaksi kolmasosaa vakavista masennuksista alkaakin yhdestä tai useasta kielteisestä elämänmuutoksesta (Isometsä 2011b). Elämänmuutokset, jotka altistavat masennukselle, voivat olla monenlaisia. Tällaisia ovat esimerkiksi oma sairastuminen, ihmissuhteen katkeaminen tai lapsen saanti, mutta myös elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, kuten vaikea ihmissuhde tai pitkäaikaisesta sairaudesta kärsivästä läheisestä huolehtiminen. (Heiskanen ym. 2011b.)

Kuten aikuisilla, myös nuorilla stressaavat elämäntapahtumat voivat aiheuttaa masennusta, jos nuori ei pysty käsittelemään stressiä. Jopa tavalliset nuoren elämään kuuluvat asiat, kuten uuteen kouluun meno tai kotoa muuttaminen voivat olla riskitekijöitä silloin, kun nuori on jo kuormittunut, eikä saa tarpeeksi tukea. (Karlsson & Marttunen 2011b, 360) Perheen tapahtumat vaikuttavat nuorten masentuneisuuteen. Jos vanhempien välillä on riitaa, joku perheestä sairastuu tai loukkaantuu vakavasti tai jos perheellä on taloudellisia ongelmia, ovat ne yhteydessä nuoren masentumiseen (Fröjd, ym. 2009) Köyhyys onkin yksi merkittävimpiä riskitekijöitä masennukseen sairastumiseen (Naiman ym. 2010).

Evolutiivisen näkemyksen mukaan voidaan ajatella, että ihmisellä on tarve saavuttaa jokin asema yhteisössä ja tietynlaisia suhteita, joista on mahdollisuus saada ystävyyttä ja

huolenpitoa. Jos tämä yritys epäonnistuu, ihminen käyttää puolustusmekanismejaan, joihin yhtenä kuuluu mahdollisiin uhkiin, eli negatiivisiin asioihin, keskittyminen ja positiivisten asioiden mitätöinti, mikä on yksi masennuksen piirteistä ja voi johtaa siihen (Gilbert 2006, 111). Tutkimusten mukaan juuri menetykset läheisissä ihmissuhteissa ovat yhteydessä masennukseen. Ihmisellä on perustarve pitää läheinen ihmissuhde jatkuvana. (Brown 2002, 271.) Jos yhteiskunta on yksilöllisyyttä korostava, eivätkä sosiaaliset suhteet ole tarpeeksi kiinteitä, voi useampi ihminen kokea, ettei saa tarpeeksi ystävyyttä, jolloin riski masentua on suurempi. Brown (2002, 169–270) pohtiikin, että synnynnäisellä temperamentilla on todennäköisesti asian kanssa jotain tekemistä, mutta päätyy tutkimuksia arvioituaan siihen, etteivät geenit selitä masennusta kovinkaan paljoa.

Masennus siis voidaan käsittää niin biologisena, psykologisena, sosiaalisena, kuin yhteiskunnallisenakin ilmiönä. Tietynlaiset perintötekijät altistavat masennukselle, mutta vaikuttavat myös siihen, miten ihminen on ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa. Psykologiset prosessit, esimerkiksi se, millaisia skeemoja ihmisellä on, vaikuttaa hänen tapaansa tulkita tilanteet. Sosiaaliset suhteet ovat tärkeitä monelta kannalta ja voivat suojata masennukselta. Kaiken tämän perustana ovat yhteiskunnalliset rakenteet ja ilmiöt. Myös masennuksen syyt kytkeytyvät näiden puolien muodostamaan kokonaisuuteen. Kaikki asiat vaikuttavat kaikkeen ja tämän takia olisikin syytä nähdä masennus mahdollisimman laaja-alaisesti, eikä esimerkiksi vain psykologisena ongelmana.

2.3 Sosiaalisen tuen teorialat

Kansankielellä sosiaalinen tuki on sitä, että ihminen voi kääntyä jonkun ihmisen puoleen, kun tarvitsee apua. Myös yksistään se, että ympärillä on verkosto, tuo itsessään tukea, vaikka erityistä tukea ei olisikaan. Ihmisten välissä kuitenkin on aina antamisen ja saamisen vaatimus (Saari 2010, 77–82). Sosiaalinen tuki luonnollisimmillaan on sitä, että ihminen kuuluu sosiaaliseen verkostoon, jossa hän käsitteellistää maailmaa lähellä olevien ihmisten kanssa. Jos hänellä on ongelmia, voi ratkaisu joskus olla se, että joku lainaa hänelle rahaa tai sitten on joku jolle voi puhua tai jopa vain tehdä ihmisten kanssa jotain sellaista, joka saa ajatukset muualle. Sosiaalinen tuki voi auttaa ihmistä myös

saavuttamaan jotain päämääriä ja tuskin voidaankaan ajatella, että kukaan pääsisi esimerkiksi hyvään asemaan yhteiskunnassa ilman sosiaalista tukea. Mielenkiintoista tässä on se, että jos ajatellaan ihmistä osana yhteisöä, jossa kaikki ponnistelevat yhteiseen päämäärään yhteisönä, kuuluu sosiaalinen tuki varmasti erottamattomana osana toimintaan. Individualistisessa, yksilöiden väliseen kilpailuun perustuvassa, tilanteessa sosiaalisen tuen antaminen nousee erilliseksi kysymykseksi.

Ymmärtääksemme sosiaalista tukea, pitää Linin (1986a, 18) mielestä ymmärtää sanat sosiaalinen ja tuki. Sosiaalinen kuvastaa ihmisen yhteyttä sosiaalisiin ympäristöihin. Niitä on yhteiskunnan, sosiaalisten verkostojen ja läheisten luottamuksellisten ihmissuhteiden tasoilla (emt.). Tuki taas voidaan jakaa funktionaaliin osiinsa. Sosiaalisesta tuesta voidaan erottaa sen tyyppi, keneltä tukea saadaan ja mikä on sen funktio (Brugha 1995, 4–5). Sosiaalisen tuen tasoon vaikuttavia tekijöitä ovat Brughan (1995, 10–16) mukaan kehitykselliset ja ympäristöön liittyvät tekijät, sekä perinnölliset ja -yksilötekijät. Tämän lisäksi täytyy muistaa, että sosiaalinen tuki voi vaihdella ajan kuluessa yksilön elämässä (Conrwell 2003, 972–973).

Sosiaalinen tuki määritellään siten, että se on ei-ammattilaisen tarjoamia voimavaroja, joita yksilö saa tai ainakin kokee voivansa saada, jos tarvitsee (Gottlieb & Bergen 2009, 512; Due ym. 1999). Joissain määritelmässä tosin instituutioista, kuten sairaalasta tai poliisiasemalta saatu tuki, luetaan sosiaalisen tuen piiriin (Sarason & Sarason 2009, 116). Sosiaalisen tuen määritelmä onkin hajanainen (Barrera, 1986) ja sitä käytetään aina hieman eri merkityksissä. Sosiaalisen tuen rinnakkaistermeinä on käytetty sosiaalista integraatiota ja sosiaalisia verkostoja, joiden tarkoitus on sosiaalisen tuen rinnalla ollut kuvastaa sitä vaikutusta, joka sosiaalisilla suhteilla on yksilön terveyteen (House ym. 1988, 294) Sosiaalisesta tuesta on olemassa myös huomattavasti kapeampia määritelmiä. Due (1999) esimerkiksi erottaa sosiaalisen rakenteen ja funktiot toisistaan ja määrittelee sosiaalisen tuen yhdeksi sosiaalisten suhteiden kolmesta funktiosta. Muut kaksi funktiota ovat sosiaalisten suhteiden vaatimukset ja suhteiden yksilöä juurruttava vaikutus. (Due 1999).

Brughan (1995, 2) mukaan ensimmäisten joukossa sosiaalisen tuen on nostanut esille Bowlby (1969; 1977) kiintymyssuhdeteoriallaan, jonka mukaan se, miten lapsen suhde äitiinsä on rakentunut, määrää hänen kykyään muodostaa läheisiä ihmissuhteita. Cauce ym. (1994) väittävät, että kiintymyksellä ja havaitulla sosiaalisella tuella ei oikeastaan ole eroa, vaan ne kuvaavat samaa asiaa. Kiintymyssuhdeteoria liittyy vierastilanteisiin, joissa lapsi jätetään yksin huoneeseen ja katsotaan, mitkä hänen reaktionsa ovat kun vanhempi palaa. Sosiaalinen tuki taas on liitetty stressitilanteisiin sen stressiä puskuroivan vaikutuksensa kautta. (Cauce ym 1994) Sosiaalisen tuen voi nähdä myös juurtuvan symboliseen interaktionismiin, sekä roolin ja anomian käsitteisiin (Stewart 1989, 1975).

Varsinainen sosiaalisen tuen tutkimus on lähtenyt käyntiin 1970-luvun puolivälissä innoittajanaan tutkimukset (ks. Berkman & Syme 1979), joissa huomattiin, että sosiaalisilla verkostoilla ja sosiaalisella tuella on välitön yhteys kuolleisuuteen (Bäckman 1987, 102). Etenkin 80-luvulla sosiaalisen tuen käsite vaikutti olevan suosittu tutkimuksissa. Nykyään sosiaalisen tuen sijaan näkee käytettävän useammin käsitettä sosiaalinen pääoma, joka koostuu monimutkaisemmasta sosiaalisen verkoston vaikutuksesta. Sosiaalinen tuki on osa sosiaalista pääomaa (Ellonen 2008, 48–50), joten se kuitenkin pysyy tutkimuksissa mukana. On hyvä ottaa huomioon myös päinvastainen vaikutus, eli se, että kun tutkitaan sosiaalista tukea, todennäköisesti samalla saadaan tuloksia, jotka liittyvät kokonaisvaltaisempaan sosiaaliseen pääomaan.

Sosiaalista tukea voidaan tarkastella erilaisista teoreettisista näkökulmista, jotka korostavat sosiaalisen tuen eri puolia. Stewartin (1989) mukaan näitä teoreettisia suuntauksia on viisi: attribuutioteoria, coping -teoria, sosiaalisen vaihdon teoria, yksinäisyysteoria ja sosiaalisen vertailun teoria. Attribuutioteoria valottaa sosiaalisen tuen määrittelyllistä puolta. Silloin kun ihminen tarvitsee tukea johonkin ongelmaan, sillä on väliä, miten mahdollinen auttaja ja autettava määrittelevät tilanteen. Pääkysymyksenä on, kuka on vastuussa ongelmasta ja vastaus tähän taas vaikuttaa siihen, miten tukea annetaan (Stewart 1989, 1275–1276). Pelkistetyimmillään tämä tilanne voi olla silloin, kun ihminen tarvitsee rahallista tukea. Tuen saamiseksi on iso merkitys, määritelläänkö tilanne sellaiseksi, että ihminen on tuhlaannut kaikki rahansa vai onko hän epäoikeudenmukaisesti menettänyt rahansa. Jos ihminen nähdään itse ongelmiensa lähteeksi, halu antaa tukea ei

välttämättä ole kovin suuri. Coping -teorian mukaan taas sosiaalinen tuki voidaan nähdä yhtenä selviytymiskeinona vaikeissa elämäntilanteissa, mutta tämän lisäksi sosiaalinen tuki voi myös tarjota näkökulmia tilanteen uudelleenarviointia varten (Stewart 1989, 1275–1276). Copingin piiriin vaikuttaisi kuuluvan sosiaalisen tuen puskurivaikutus, josta myöhemmin lisää tässä tutkimuksessa.

Sosiaalisen vaihdon teoria näkee sosiaalisen tuen voimavarojen vaihtamisena. Kun ihmiset antavat tai kun he saavat sosiaalista tukea, on aina kysymys vastavuoroisuudesta, joka arvioidaan subjektiivisesti. Ihmisillä on tarve tuntea olevansa tasapuolisessa suhteessa. (Stewart 1989, 1277–1278) Vaihdon negatiivisena puolena on, että jos yksilöllä ei ole jotain, mitä hän voi antaa takaisin, saattaa hän jäädä sosiaalisen tuen ulkopuolelle. Toisaalta vastavuoroisuudella on myös integroiva vaikutus, sillä kun henkilöllä on velvollisuus myös auttaa toisia ihmisiä, voi se estää häntä keskittymästä vain omiin ongelmiinsa ja tuntemaan velvollisuutta toisista. Tämä kytkeytyy myös identiteetin kysymykseen, sillä jos voi olla sekä antajana että saajana, ei ihminen koe olevansa pelkästään taakka.

Yksinäisyysteoria kuvastaa joko objektiivisen tai subjektiivisen sosiaalisen integraation vähyyttä tai emotionaalisen läheisyyden puutetta. Teoria pitää sosiaalisen tuen vaikutusta merkittävänä. (Stewart 1989, 1278–1279.) Sosiaalisen vertailun teoria on väljästi yhteydessä sosiaaliseen tukeen. Ihmiset vertaavat itseään alaspäin parantaakseen itsetuntoaan ja ylöspäin saadakseen roolimalleja. (Stewart 1989, 1277–1278) Tämä seikka on tärkeä silloin kun tarkastellaan sitä, keneltä yksilö saa tukea ja etenkin kuinka se vaikuttaa. Usein itsearvostuksen kannalta on hyvä verrata itseään alaspäin, että osaa olla tyytyväinen siihen, mitä itsellä on. Ylöspäin vertaaminen taas kannustaa kehittämään itseä.

Sosiaalisen tuen määritelmä on siis hajanainen. Sosiaalista tukea on käsitelty monista teoreettisista viitekehyksistä, jotka on alun perin kehitetty ja joita käytetään muiden ilmiöiden teoretisoimiseen. Varsinaista yhtä sosiaalisesta tuesta lähtöisin olevaa määritelmää ei siis ole. Tästä osaltaan johtuu myös se, ettei ole yhtenäistä linjaa sille, miten suppeasti tai laajasti käsite rajataan. Perustana sosiaaliselle tuelle ovat kuitenkin ne rakenteet, jotka mahdollistavat sosiaalisen tuen tapahtumisen.

2.3.1 Sosiaalinen tuki ja rakenne

Sosiaalista tukea voidaan tarkastella rakenteellisesta ja funktionaalisesta näkökulmasta (Lin 1999, 354). Sosiaalisen tuen rakenne on ”yksilöä ympäröivien suorien ja epäsuorien sosiaalisten suhteiden määrä ja muoto” (Gottlieb & Bergen 2009, 512). Jotkut teoreetikot erottavat sosiaalisen tuen rakenteesta täysin (esim. Due 1999; Antonucci 2001, 14466), toiset taas esittävät, että rakenne on osa sosiaalista tukea (Gottlieb & Bergen 2009, 512; Lin 1999, 354). Ajatellaan sosiaalista tukea sitten sosiaalisen rakenteen funktionaalisena osana tai käsitteenä, joka sulkee sisäänsä myös rakenteen, on ensimmäisenä mielekästä tarkastella sosiaalisen tuen funktioiden edellytyksiä, eli rakennetta. Sosiaalinen rakenne vaikuttaa siihen, miten ihminen saa sosiaalista tukea (Lin 1999). Tämä on aika ilmiselvää, koska jos ihmisellä ei ole sosiaalisia suhteita, on vaikea saada erilaisia sosiaalisen tuen muotojakaan. Myös se, millaista sosiaalista tukea saa, liittyy siihen, miltä taholta tukea on mahdollista saada.

Sosiaalisen tuen rakenne koostuu erilaisista kerroksista, joita on Linin (1999) mukaan teorioissa havaittu olevan kolme. Sosiaalisten suhteiden kolmikerroksista rakennetta kuvaavat vastaukset kysymyksiin onko ihmisellä läheistä ihmissuhdetta, kuinka paljon hänellä on ihmiskontakteja ja miten paljon hän osallistuu yhteiskunnallisiin tai vapaaehtoisiiin organisaatioihin. (Lin, 1999.) Uloin kerroksista yksilöön nähden on yhteiskunnan taso, joka kuvastaa niitä organisaatioita ja instituutioita, joihin yksilö osallistuu (Lin 1986a, 17–30). Tätä rakennetta kuvaa esimerkiksi se, käykö ihminen töissä tai osallistuuko hän uskonnollisiin ryhmiin tai vapaaehtoisjärjestöjen toimintaan. Tällainen yhteiskuntatason rakenne tuo ihmiselle tunteen kuulumisesta yhteisöön tai yhteiskuntaan (emt., 17–30).

Seuraavaksi yksilöä lähimpänä oleva kerros on Linin (1986a, 17–30) mukaan sosiaalisten verkostojen taso. Tällä tasolla suhteet ovat esimerkiksi yhteyksiä kavereihin, ystäviin ja sukulaisiin. Verkostojen taso tarjoaa tunteen sosiaalisesta sitovuudesta (bonding). Sosiaalisen tuen sisin kerros, eli lähimpänä yksilöä oleva taso, koostuu läheisistä ihmishuhteista. Tähän voi kuulua, ihmisestä riippuen puoliso, perhe, vanhemmat tai läheiset

ystävät. Tärkeimpänä tekijänä tällä tasolla on se, että suhteissa uskoudutaan toiselle ja odotetaan vastavuoroisuutta. Tällaiset suhteet tarjoavat ihmiselle tunteen sitoutumisesta (binding). (Lin 1986a, 17–30.)

Lin (1999, 348) olettaa, että jokainen sisempi sosiaalisen tuen kerros on yhteydessä ulompaan kerrokseen. Jos ihminen osallistuu instituutioihin ja organisaatioihin, on hänellä enemmän mahdollisuuksia muodostaa sosiaalisia verkostoja. Jos ihmisellä on sosiaalisten verkostojen kautta sidoksia muihin ihmisiin, on todennäköisempää löytää myös läheisiä ihmissuhteita. Lin tosin ei ole löytänyt jälkimmäistä yhteyttä tutkimuksissa, mutta epäilee tämän johtuvan tutkimusmenetelmien puutteellisuudesta. (Lin 1999, 348.)

Tutkimuksissa ei ole selkeää kuvaa siitä, miten sosiaalisten verkostojen rakenne vaikuttaa saatuun sosiaaliseen tukeen. Tiedossa on se, että kontaktien lukumäärä ei suoraan liity siihen, miten ihminen kokee tukea saavansa (Thoits 1995, 64–65). Ihmissuhteiden olemassaolo ja niiden toiminta pitää erottaa toisistaan. Instituutioihin osallistumisen tiheys ei ole sama asia kuin vuorovaikutuksen määrä (Veiel 1985, 160). Tietenkin vuorovaikutus on yhteydessä siihen, osallistuuko ihminen yleensäkin organisaatioihin. Kuitenkin se, miten ihminen on yhteydessä toisiin ihmisiin, vaihtelee persoonallisuuden ja organisaatioiden mukaan.

House ym. (1988, 310) huomauttavat, että sosiaalisen tuen määritelmässä keskitytään usein mikrotason rakenteeseen ja psykologisiin seikkoihin, mutta usein unohdetaan makrotason rakenne ja sen vaikutus sosiaaliseen tukeen. Makrotaso kuitenkin vaikuttaa siihen, miten paljon yksilöt ottavat osaa instituutioihin ja millaisissa instituutioissa he ovat. Instituutioissa puolestaan itsessään on eroja sosiaalisen tuen määrässä. Sosiaalisen tuen jakautumista makrotasolla kuvaa se, että tietyn sosioekonomisen aseman omaavat ihmiset osallistuvat joidenkin instituutioiden toimintaan, mutta eivät toisten. Ei yksilöllisillä seikoilla selitettävä ilmiö on myös se, että naiset antavat yleensä enemmän sosiaalista tukea kuin miehet. Tämä näkyy yhteiskunnallisella tasolla niin, että naiset huolehtivat yleensä lapsista enemmän kuin miehet, ja ovat ammateissa, joissa annetaan sosiaalista tukea. Tuen saamisessa on myös makrotason eroja. Sosioekonominen luokka, ku-

ten myös vähemmistöstatus vaikuttaa saadun sosiaalisen tuen määrään niin, että alhaisemman aseman omaavilla ihmisillä ja tietyillä vähemmistöissä on keskimäärin tukea vähemmän. Tuen määrä vaihtelee myös eri instituutioissa ja yhteisöissä. (House ym. 1988, 310–314.) Eroja on myös alueellisesti. Läntisessä Suomessa on yleisesti ottaen enemmän sosiaalista tukea kuin itäisessä Suomessa.

Sosiaalinen tuki on siis tärkeää nähdä myös rakenteeseen liittyvänä tekijänä, eikä etsiä sosiaalisen tuen määrään selityksiä vain yksilötason seikoista, kuten yksilön luonteesta (House ym. 1988, 314) Sosiaalisen tuen taustalla on tarve tuelle, sosiaalinen verkosto, joka tukea voi antaa, ja sosiaalinen ilmapiiri, joka kuvaa tuen saamisen ja antamisen kulttuuria. (Finfgeld-Connett 2005, 7) Suuret yhteiskunnalliset muutokset ja yhteiskunnan kehitys muuttaa myös sosiaalista tukea. Yksilöllinen yhteiskunta yksiöineen heikentää sosiaalisen tuen antajan ja saajan kohtaamismahdollisuuksia rakenteellisesti. Liikkuvuus esimerkiksi työn perässä heikentää mahdollisuuksia kehittää pitkäaikaisia tukevia ihmissuhteita. Sosiaaliset siteet perustavat ainakin osittain modernissa ajassa niin sanotuille heikoille siteille, joissa ihmisten väliset suhteet perustuvat haluun olla yhteydessä sen sijaan, että he olisivat myös jollain lailla riippuvaisia toisistaan. Tällöin tuen antaminen on aina yksilön valinta, joka perustuu haluun antaa tukea.

2.3.2 Sosiaalisen tuen funktiot

Edellisessä kappaleessa tarkasteltiin sosiaalisen tuen rakenteellisia edellytyksiä, nyt keskitytään sosiaalisen tuen funktionaaliseen puoleen, eli siihen, millä tavoin sosiaalista tukea käytännössä saadaan ja annetaan. Funktionaalinen näkökulma liittyy siihen, mitä toimintoja sosiaalisissa suhteissa ilmenee (Lin 1999, 354). Näillä toiminnoilla on teorioiden kesken eroavaisuuksia sen mukaan, mitä funktioita teoria havaitsee ja millä nimellä se niitä kutsuu. Yksi yleisimmistä jaotteluista historiassa on ollut jakaa sosiaalinen tuki ainakin kahteen eri funktioon, jotka ovat instrumentaalinen ja emotionaalinen tuki (Brughan 1995, 10–16; Finfgeld-Connett 2005, 5) .

Emotionaalinen tuki on ihmisen tunteiden tukemista. Emotionaaliseen tukeen kuuluvat lohduttavat eleet, läsnä oleminen, toisen ihmisen kuuntelu ja tilanteen normalisointi kääntämällä tuettavan huomio muihin asioihin. (Finfgeld-Connett 2005, 5) Veiel (1985, 158) kutsuu tätä tuen muotoa psykologiseksi tueksi, minkä pääasiallisena tarkoituksena hän näkee tunnetilan muuttamisen. Lin (1999) taas määrittelee emotionaalisen tuen osaksi ekspressiivistä tukea, johon kuuluu emotionaalisen tuen lisäksi yhteisten merkitysten antaminen asioille.

Instrumentaalinen tuki auttaa yksilöä pääsemään tiettyyn päämäärään. Se pitää sisällään eri asioita teoriasta riippuen, mutta sen voi ajatella yleisesti olevan tiedollista ja käytännöllistä tukea (Veiel, 1985, 158). Instrumentaalinen tuki, kun ajatellaan sen olevan käytännöllistä, pitää sisällään todellisen kouraantuntuvan tuen ja palvelusten antamisen (Finfgeld-Connett 2005, 5–6). Linin (1999, 1989, 20) mukaan instrumentaaliseen tukeen kuuluu vielä materiaallinen tuki ja neuvojen antaminen, joiden pääasiallinen tarkoitus on auttaa jonkin päämäärään saavuttamisessa.

Näiden kahden jaottelun lisäksi on sosiaalisen tuen teorioissa vielä kaksi muuta tuen muotoa, kriisitilanteissa annettu tuki ja arkipäiväinen tuki (Veiel 1985; Lin 1999, 346–348). Kriisitilanteissa annettu tuki auttaa ihmistä pärjäämään jonkun asian kanssa, joka uhkaa mielenterveyttä, kun taas arkipäiväinen tuki antaa ihmiselle tunteen sosiaalisesta integraatiosta (Veiel 1985, 159, 185). Lin (1999, 346–348) kutsuu tällaista tukea rutiinitueksi. Näitä kahta tuen muotoa ei ole useinkaan erotettu kirjallisuudessa, vaikka niiden psykologiset tehtävät eroavat toisistaan (Veiel 1985, 185).

Emotionaalisella, instrumentaalisella, kriisituella ja arkipäivän tuella on yhteys sosiaalisen suhteiden rakentamiseen. Voisi ajatella, että ihmiset hakisivat instrumentaalista tukea sieltä, mistä sitä rationaalisesti ajateltuna parhaiten voisi saada ja emotionaalista tukea läheisiltä. Näin ei kuitenkaan ole, sillä oli ongelma sitten välineellinen tai emotionaalinen, ihmiset haluavat yleensä tukea nimenomaan läheisiltä ihmisiltä (Tausig & Michello 1988). Tähän tosin vaikuttaa se, että usein ongelmiin liittyy niin välineellisen kuin emotionaalisenkin tuen tarve ja läheisistä ihmissuhteista on usein mahdollista saada näitä molempia tuen muotoja (Lin 1986b, 334). Ihmiset erottelevat suhteensa hyvin

läheisistä kaukaisiin, ja vaikka kaikilla suhteilla voi olla merkitystä, on läheisimmillä suhteilla suurin merkitys useimmissa tilanteissa, joissa tukea tarvitaan (Antonucci 2001, 14467; Lin 1986b, 334). Sosiaaliset verkostot, joihin kuuluvat perhe ja ystävät, ovat tärkeitä sosiaalisen tuen lähteitä ja niitä suositaan ammattilaisten sijaan (Finfgeld-Connet 2005, 7). Berkman & Syme (1979) ovatkin huomanneet, että läheisten ihmisten tuella on suurempi suora vaikutus terveyteen kuin ryhmiin kuulumisella.

Merkittävä erotus, mikä on rakenteen ja funktion välillä, on se, että rakenne kertoo suhteista, kun taas funktio toiminnasta. Suhteiden määrä on eri asia kuin se, miten paljon toimintaa ja vuorovaikutusta suhteissa on (Veiel 1985). Nämä kaksi on hyvä erottaa toisistaan. Yksi ihminen voi kokea, että hänellä on läheinen ystävä, vaikka hän näkisi tätä vain kerran vuodessa. Toinen ihminen ei taas tällaista suhdetta edes pitäisi läheisenä ystävänsä, vaan ystävyys vaatii yhteydessä olemista usein. Tähän dilemmaan liittyy seuraava kappale, jossa käsitellään objektiivista ja subjektiivista sosiaalista tukea.

2.3.3 Subjektiivinen ja objektiivinen sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki on jaettu usein erilaisia termejä käyttäen objektiiviseen sosiaaliseen tukeen ja subjektiiviseen sosiaaliseen tukeen. Objektiivinen tuki tarkoittaa ulkopuolelta arvioitavaa tuen määrää, kun taas subjektiivinen tuki kuvastaa yksilön omaa todellista kokemusta saadusta tuesta. (Lin 1986 a, 18) Ensimmäinen kuvastaa sitä aktuaalista kontaktien tai tuen määrää, jonka yksilö ulkopuolelta objektiivisesti mitattuna saa (Lin 1986a, 18). Esimerkiksi sitä, millaisia transaktioita yksilöllä on muiden ihmisten kanssa ja onko hänellä ystäviä (Veiel 1985, 159–160) Barrera (1986, 417) onkin sitä mieltä, että toteutunutta sosiaalista tukea pitäisi mitata vain tarkkailemalla sosiaalisen tuen tapahtumia, eikä kysymällä henkilöltä itseltään. Objektiivisella tuella tarkoitetaan joissain tutkimuksissa vain tuen rakenteellisia tekijöitä (Cohen & Syme 1985) eli juuri kontaktien määrää. Yleisesti ottaen objektiivinen sosiaalinen tuki kuvastaa kuitenkin niin sosiaalisen tuen rakenteita kuin funktioitakin. Peruskysymys objektiivisessa tuessa on se, että tuen voi havaita ulkopuolelta. Objektiivinen sosiaalinen tuki on siis kaikki se todellinen tuki, mitä objektiivisesti mittaamalla voidaan havaita. Objektiivista tukea on kuvattu myös käsitteellä toteutunut tuki (Barrera 1986).

Subjektiivinen tuki kuvastaa yksilön kokemusta sosiaalisesta tuesta. Tämä tarkoittaa ihmisen omaa näkemystä siitä, onko hänellä mahdollisuus saada tukea silloin kun hän sitä tarvitsee, sekä arviota saadun ja oletetun tuen riittävydestä ja laadusta. (Lin 1999, 346–347; Veiel 1985, 159–160) Kiinnostavaa subjektiivisen ja objektiivisen tuen erossa on juuri se, että subjektiivinen tuki voi erota objektiivisesta tuesta (Lin 1986, 341). Jotkin ihmiset voivat saada objektiivisesti mitattuna saman määrän tukea, mutta subjektiivisesti he kokevat ja arvioivat saadun tuen eri tavoilla (Antonucci 2001, 14466). Voi olla, että yksilöä koetetaan auttaa, muttei hän koe saavansa sellaista apua kuin tarvitsee. Toisaalta ihmiset tarvitsevat erilaista apua, riippuen yksilöstä. Erityisen mielenkiintoinen subjektiivisen sosiaaliseen tukeen liittyvä tutkimustulos on se, että ihminen saa parhaiten apua silloin kun hän ei itse tajua tai koe saavansa apua (Howland & Simpson 2010).

Sosiaalisen tuen mahdollistava rakenne on edellytys sille, että ihminen voi ylipäänsä saada objektiivisesti mitattuna sosiaalista tukea, joka puolestaan vaikuttaa koettuun, eli subjektiivisen sosiaaliseen tukeen (Thoits 1995, 64–65). Tutkimuksissa ei ole kuitenkaan selkeää kuvaa siitä, miten tämä rakenne vaikuttaa saatuun tukeen. Yleisesti ottaen on kuitenkin huomattu, että subjektiivinen sosiaalinen tuki on terveyden kannalta tärkeämpää kuin objektiivinen sosiaalinen tuki (Lin 1999, 346–347). On kuitenkin esitetty, että sosiaalinen tuki olisi tehokkainta silloin, kun tuen saaja ei itse huomaa saavansa tukea, oli tuki sitten emotionaalista tai instrumentaalista. Tutkimuksessa parien antama tuki vähensi ahdistusta ja vihaa silloin, kun tuen saaja ei huomannut saavansa tukea. Tällöin tuki oli vakuuttelua ja huolestuneisuuden ilmeitä tai jopa käytännöllisiä neuvoja tai avun tarjoamista. (Howland & Simpson, 2010.) Sosiaalinen tuki on tällöin siis näkymätöntä tukea, jota ei voi mitata kysymällä yksilöltä itseltään. Tällaista sosiaalisen tuen vaikutusta on tutkittu hyvin vähän.

2.3.4 Sosiaalinen tuki ja sukupuoli

Sosiaalisen tuen määrä vaihtelee sukupuolten välillä niin, että miehillä on useammin läheinen suhde puolisoonsa, kun taas naisilla on tämänkaltaisia suhteita enemmän (An-

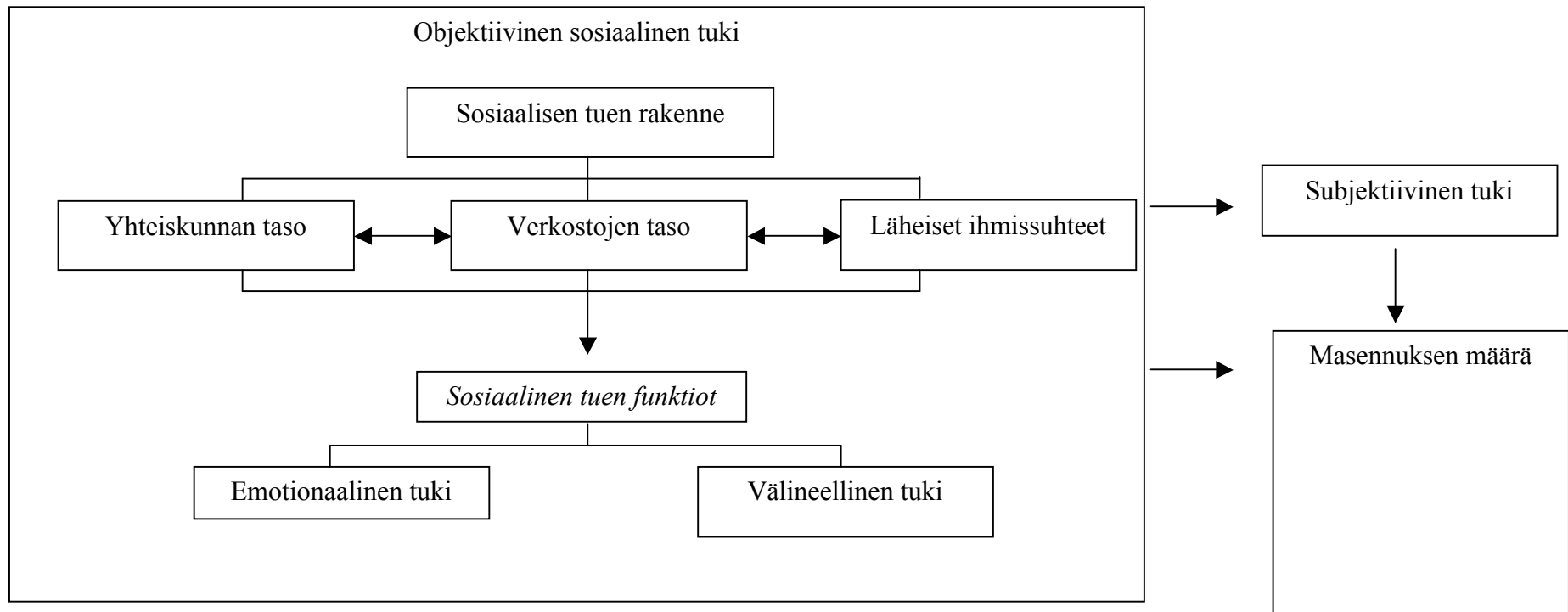
tonucci 2001, 14467-8) On myös tosin esitetty, että sosiaalisen tuen määrä ei eroasi sukupuolten välillä, ainoastaan laatu (Due etc. 1999, 669). Linin (1999, 356) mukaan sukupuoli liittyy ekspressiiviseen tukeen siten, että naiset saavat enemmän ekspressiivistä tukea kuin miehet.

Mielenkiintoinen seikka on se, että kun miehet saavat aikuisina pääasiassa tukea juuri puolisoltaan, niin nuoruudessa tämä sama ilmiö siitä, että miehet saavat enemmän tukea kapeammalta alalta, on jo huomattavissa. Pojilla ja tytöillä tosin on saman verran tukea, mutta tytöillä on enemmän läheisiä suhteita kuin pojilla (Frey & Röthlisberger 1996, 27). Nuoruudessa miehet kokevat saavansa enemmän tukea perheeltään kuin tytöt, ja perhe on heille tärkeämpi, kun tytöt taas kokevat saavansa enemmän tukea kavereiltaan kuin pojat (Cheng & Chan 2004; Frey & Röthlisberger 1996, 27). Tämä johtuu ehkä siitä, että tytöt usein kommunikoivat puhumalla ihmisten kanssa enemmän kuin pojat (Frey & Röthlisberger 1996, 27).

2.3.5 Yhteenveto sosiaalisesta tuesta

Sosiaalisen tuen määritelmä ei ole yhtenäinen, mutta siitä voi löytää perusidean, joka on se, että ihmiset auttavat toisiaan. Sosiaalisen tuen perusidea lähtee lapsuuden kiintymyssuhteista, mutta leviää moniin eri tapoihin, joilla ihmiset ovat toistensa kanssa. Se, miten kattava käsite on, riippuu teoriasta. Sosiaalisen tuen perustana voidaan pitää niitä rakenteita, jotka mahdollistavat sosiaalisen tuen funktiot (Kuvio 1). Rakenne koostuu sosiaalisen tuen tasoista, jotka ovat institutionaalinen taso, verkostojen taso ja läheisten ihmissuhteiden taso. Tämän rakenteellinen pohja edeltää sosiaalisen tuen funktiota, jotka kuvaavat sosiaalisen tuen tehtävää. Pääjaottelu on jako emotonaaliseen ja instrumentaaliseen tukeen. Tämän lisäksi voidaan myös erotella arkipäiväinen tuki ja tuki kriisitilanteissa.

KUVIO 1: Sosiaalinen tuki kaaviona



Rakenteet ja sosiaalisen tuen funktiot voidaan kuvata objektiivisena sosiaalisena tukena. Ongelma tosin tutkimuksissa lienee se, miten saadaan nämä seikat selville kysymättä yksilöltä itseltään. Silloin kun kysytään yksilöltä hänen omaa arviotaan ystävien määrästä tai saamastaan sosiaalisesta tuesta, ollaan aina enemmän tai vähemmän subjektiivisen sosiaalisen tuen piirissä. Tätä problematiikkaa kuvaakin jako subjektiiviseen ja objektiiviseen sosiaaliseseen tukeen. Objektiivinen tuki on usein edellytys subjektiiviselle kokemiselle, mutta ei määrää kokemusta subjektiivisesta sosiaalisesta tuesta. Subjektiivinen kokemus on tutkimusten kannalta tärkeä, sillä se kuvaa yksilön omaa arviota tuen riittävydestä.

Sosiaaliseseen tuki itsessään ei ole aina vain hyvä asia vaan sen tehoon vaikuttaa tuen tarve ja se, millaista tukea tarjotaan (Cohen & Syme 1985, 10). Jos ihmisellä on esimerkiksi rahahuolia, ei emotionaalinen tuki ole tällöin kaikista tehokkainta, mutta itsetuntoon liittyvissä ongelmissa taas emotionaalinen tuki voi olla tehokkainta. Tukeen liittyy siis aina tuen tarpeen arviointi.

2.4 Sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteys tutkimuksissa ja teorioissa

Sosiaalinen tuki on yhteydessä parempaan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Sosiaalisen liittyy suoraan parempaan mielenterveyteen, mutta sillä on myös puskurivaikutus vaikeissa elämäntilanteissa.

2.4.1 Sosiaalinen tuki, terveys ja masennus

Sosiaalisella tuella on positiivinen vaikutus terveyteen. Berkman ja Syme (1979) huomasivat, että niiden henkilöiden kuolleisuus on suurempi, jotka ovat kaikista eristäytyneimpiä sosiaalisista suhteista vaikka sosioekonominen asema otettiin huomioon. Makrotasolla yhteiskunta, jossa yhteisön koheesio ja integraatio ovat vähäisiä, tehdään enemmän itsemurhia kuin kiinteämmissä yhteiskunnissa (Durkheim 1985 (ap. 1987)). Myös Suomessa on huomattu ero ruotsinkielisen ja suomenkielisen väestön keskuudes-

sa. Ruotsinkielisten korkea sosiaalinen integraatio, johon liittyy myös korkeampi sosiaalinen pääoma, saa aikaan sen, että he elävät aktiivisemmän ja terveemmän elämän kuin suomenkielinen väestö, vaikka huomioon otettaisiin väestöjen sosioekonominen asema. (Hyypä & Mäki 2003.)

Kirjallisuus painottaa, että sosiaaliset verkostot ovat monimutkainen systeemi, jolla on suora vaikutus terveyteen, etenkin mielenterveyteen (Seeman 1996). Yhteys terveyteen selittyy monissa tutkimuksissa huomattavalla seikalla, että sosiaalinen tuki on yhteydessä parempaan immuunisysteemiin ja parempaan terveyteen sydän ja verisuonitaudeissa, sekä umpieritysjärjestelmässä (Uchino ym. 1996). Sosiaalinen eristyneisyys taas korreloi alhaisemman immuunisysteemin kanssa. Thoits (1995, 64) vetää yhteen tutkimusten tuloksia sosiaalisen tuen ja terveyden yhteydestä. Ensinnäkin sosiaalinen integraatio on suoraan yhteydessä parempaan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Tämä sama vaikutus on myös subjektiivisella sosiaalisella tuella, jolla tosin voi olla myös niin sanottu puskurivaikutus stressaavia elämäntilanteita vastaan. Paras tuen lähde on intiimit suhteet, etenkin jos tuen lähde on rakastaja tai puoliso. (Thoits 1995, 64.)

Sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteys riippuu osaltaan niistä tekijöistä, jotka johtavat masennukseen. Sosiaalisella tuella voi kuitenkin olla masennuksesta parantumiseen moninaisia yhteyksiä. Ensinnäkin niin rakenteellisella sosiaalisella tuella kuin sosiaalisen tuen funktioilla, on molemmilla suora vaikutus masennukseen, tosin rakenteellinen tuki on edellytys sosiaalisen tuen funktioille (Lin 1999). Frey ja Röthlisberger (1994, 18) tiivistävät aikaisemman kirjallisuuden toteamalla, että sosiaalinen tuki persoonallisuuden kanssa muodostaa tärkeimmän tekijän, joka määrää sen, miten ihminen selviää isommissa ja pienemmissä stressitilanteissa. Stressitekijöihin ja sosiaaliseen tukeen taas vaikuttavat yhteiskunnalliset asiat. Yhteiskunnalliset muutokset tuovat stressitekijöitä ihmisten elämään. Sosiaaliseen tukeen taas vaikuttavat niin kulttuurilliset kuin rakenteelliset seikatkin. Esimerkiksi yksioiden rakentaminen tukee yksielävien kulttuuria.

Yksinäisyys tuottaa onnettomuutta ja on terveysriski (Saari 2010), kun taas toisten ihmisten seura on tärkein onnellisuutta lisäävä tekijä (Nars 2006, 98). Nars (2006, 140-2) muistuttaa, että Maslowin (1943) tarvehierarkiassa ensin tulevat fyysiset tarpeet ja tur-

vallisuuden tarve, mutta heti niiden jälkeen on ihmisellä yhteenkuuluvuuden ja rakkauden tarve. Länsimaisessa yhteiskunnassa ainakin fysiologiset tarpeet tulevat tyydyttyiksi, mutta yhteenkuuluvuuden ja rakkauden tarpeiden täyttymistä vähentää se, että kulttuurin kanssakäyminen on muuttunut kylmemmäksi ja kovemmaksi. Esimerkiksi kilpailu työpaikoilla palkankorotuksista synnyttää tällaista kulttuuria. Painotetaan maksimaalista ansaitsemista ja kulutusta. (Nars 2006, 140–142.) Nykyisin korostetaan kilpailua, kun taas ennen yksilön panos tuki yhteisön pärjäämistä (Nars 2006, 177–178).

Linin (1986b, 173-174) mukaan on kaksi näkökulmaa, joilla sosiaalisen tuen yhteyttä mielenterveyteen voidaan selittää. Ensimmäinen näkökulma keskittyy sosiaaliseen integraatioon. Kun ihminen tuntee kuuluvansa yhteisöön tai on yhteisössä, joka on tukeva, se ylläpitää hänen hyvää mielenterveyttään (Lin 1986b, 173-4). Tässä suoran vaikutuksen malliksikin sanotussa näkökulmassa yksilö saa siis tukea jokapäiväisissä stressitilanteissa (Frey & Röthlisberger 1994, 18). Suoran vaikutuksen malli vaikuttaa pohjautuvan arkipäivän sosiaaliseen tukeen.

Toinen näkökulma masennuksen ja sosiaalisen tuen yhteydestä liittyy sosiaalisen tuen stressiä puskuroivaan vaikutukseen. Ikävien elämäntapahtumien on todettu olevan yhteydessä masennukseen (esim. Lin 1986b). Kun vaikeita elämäntapahtumia tulee, toimii sosiaalinen tuki ikään kuin puskurina ihmisen ja vaikeiden elämäntapahtumien välillä (Frey & Röthlisberger 1994, 18). Sosiaalisen tuen vaikutus nousee tässä mallissa esille etenkin silloin, kun ihmisellä on stressaava elämäntilanne. Malli liittyy kriisitukeen ja sosiaalisen tuen coping – vaikutukseen. Sosiaalinen tuki nimittäin merkittävästi lieventää ikävien elämäntapahtumien vaikutusta (Lin 1986b, 334) tai voi jopa estää epätoivotuja elämäntapahtumia (Lin & Ensel & Dean 1986, 222).

Sosiaalisella tuella on tutkimusten mukaan merkittävä rooli masennuksen lieventymiselle. Ihmisen psykologisella kapasiteetilla on merkitystä masennuksen oireiden voimakkuuteen, mutta se ei vähennä negatiivisten elämäntapahtumien ja sosiaalisen tuen merkitystä. (Lin 1986b, 334.) Alhaisempi sosiaalinen tuki taas on yhteydessä masennukseen, mutta se, miten tätä ilmiötä selitetään, vaihtelee. Ensinnäkin alhainen sosiaalinen tuki ei suojaa niin hyvin ikäviltä elämäntapahtumilta kuin parempi sosiaalinen tuki suo-

jaisi, jolloin sosiaalisen tuen puskurivaikutus puuttuu ja yksilö on alttiimpi masentumaan. Toiseksi jos arkipäiväinen tuki on vähäistä, eikä ihminen koe kuuluvansa mihinkään ihmisryhmään, saa hän vähemmän eväitä selvitä normaaleista stressitilanteista ja sosiaalisen integraation vähyys tuo turvattomuuden tunnetta. Yksistään subjektiivisesti koetun sosiaalisen tuen vähyys tietyn geenin omaavilla ihmisillä kasvattaa mahdollisuutta masentua (Jokela ym. 2006). Masennuksella itsellään on myös vaikutus sosiaalisen tuen määrään. Masentuneen ihmisen arvioima subjektiivinen sosiaalinen tuki laskee ajan myötä, jos masennus pitkittyy. Tämä ennustaa myös objektiivisen sosiaalisen tuen laskua. (Leskelä 2008, 879.)

Linin (1986b, 334) mukaan masennuksen kannalta tärkeimpiä ovat niin sanotut vahvat siteet, eli läheiset ihmissuhteet, joihin liittyy vastavuoroinen jakaminen ja uskoutuminen. Tällaiset ihmissuhteet, joista saa sekä apua käytännön asioissa, että emotionaalista tukea, auttavat kaikista sosiaalisen tuen muodoista parhaiten selviämään negatiivisista elämäntapahtumista. (Lin 1986, 334 & 1999, 346, 354–355). Sosiaalisen tuen rakenteessa masennuksen kannalta eivät siis ole niin tärkeitä ystäväverkostot tai instituutioihin osallistuminen, vaan sisin kerros eli läheiset ihmissuhteet. Mielekkyyden kokeminen on todennäköisesti helpompaa ihmisten kanssa, jotka tuntevat yksilön hyvin.

Sosiaalisella integraatiolla ja suhteilla ei aina ole vain masennusta puskuroivaa tai masennusta vähentävää vaikutusta. Joskus vaikutus voi olla päinvastainen, sillä masentunut ilmapiiri voi levitä sosiaalisissa suhteissa. Yksilön masennus-oireet korreloivat usein myös ystävien ja naapuruston masennus-oireiden kanssa. (Rosenquies, Fowler & Christakis 2011). Yksi selittävä tekijä tälle on se, että masentunutta tukevat ihmiset kuormittuvat itse myös helposti (Jähi ym. 2011) ja voivat masentua. Nuorilla sosiaalisen tuen ja masennuksen välinen yhteys on samaan tapaan kaksinaapainen, mutta pääasiassa perheen ja ikätoverien tuella on yksilön mielenterveyttä tukeva vaikutus.

2.4.2 Sosiaalinen tuki ja masennus nuorilla

Karlsson ja Marttunen (2011b) toteavat, että sosiaalinen tuen ja masennuksen yhteys voidaan nähdä eri ikävaiheissa. Sosiaalisen tuen saamiseen vaikuttaa jo heti vauvaiässä lapsen temperamentti. Vaikean temperamentin omaavilla vauvoilla on suurempi riski jäädä vähemmälle sosiaaliselle tuelle, etenkin jos vanhemman voimavarat ovat vähäiset. Vauvaiästä lähtien hyvä hoiva ja kiintymyssuhde opettavat käsittelemään omia tunteita ja stressireaktioita, sekä muovaavat tätä kautta myös rakenteellista perustaa stressinsäätelylle. Kyky säädellä stressiä on tärkeä mielenterveyden kannalta. Sosiaalinen tuen on todettu olevan tärkeä suojaava tekijä lapsuuden ja nuoruuden masennukselta. (Karlsson & Marttunen 2011b.)

Sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteyden ymmärtämiseksi on hyvä tarkastella sitä, miten terveet nuoret saavat tukea. Frey ja Röthlisberger (1996, 26–27) ovat tutkineet terveiden nuorten saamaa sosiaalista tukea ja saaneet selville, että perhe on tärkein tuen lähde. Perheen tuki tärkeä niin jokapäiväisissä asioissa, kuin hätätilanteissakin. Vanhempien roolit vaihtelevat tuen antamisessa. Nuoret kääntyvät yleensä äitinsä puoleen silloin, kun tarvitsevat ekspressiivistä tukea ja isänsä puoleen silloin, kun tarvitsevat instrumentaalista tukea. Sisaruksilla on myös tärkeä rooli näiden tuen muotojen tarjoajina. Ikätoverien tuki taas tarjoaa enemmänkin tunteen integraatiosta kuin varsinaista tukea. Tutkimuksessa huomattiin myös, että tuen laadulla on eroa. Muutama oikein hyvä ystävä on parempi nuoren copingin kannalta kuin laaja joukko pinnallisia kavereita. (Frey & Röthlisberger 1996, 26–27). Ideaalitilanteessa nuorella on siis hyvät suhteet vanhempiinsa ja sisaruksiinsa, sekä hyviä ystäviä.

Tällainen hyvä sosiaalinen tuki on nuorilla masennukselta suojaava tekijä ja tuen puute taas riskitekijä (Karlsson & Marttunen 2011b, 360–361). Etenkin vanhempien, mutta myös kavereiden ja läheisten ystävien tuki on negatiivisessa yhteydessä masennukseen (Ritakallio, 2008, 84, 93) ja sosiaalisen tuen puute lisää mahdollisuutta masentua (Kaltiala-Heino ym. 2000). On huomattu, että masentuneilla nuorilla perheen ja läheisten ystävien tuki on vähentynyt ja heillä on huonommat suhteet vanhempiinsa ja ystäväverkostoonsa kuin terveillä nuorilla. Tämän lisäksi masentuneet nuoret ovat vähemmän

suosittuja ystäväpiirissään. (Field & Diego & Sanders 2001.) Huonommat välit voivat johtua masennuksesta itsestään (Leskelä 2008, 879) tai ovat altistavana tekijänä masennukselle.

Barrera & Garrison-Jones (1992) mukaan nuoruudessa sosiaalinen tuki on erityisen tärkeä, koska ihminen kokee monia muutoksia elämässään, jotka itsessään lisäävät masentuneisuuden riskiä. Nuoret tarvitsevat tukea oman maailmankuvansa muodostamiseen. (Conrwell 2003, 972–973.) Nuorille sosiaalinen tuki on erittäin tärkeää nimenomaan sosialisaaion kannalta (Hurrelmann 1989, 23). Yleisesti ottaen nuoret käsittelevätkin vanhempiensa kanssa koulutukseen ja tulevaisuuteen liittyviä päätöksiä (Hurrelmann 1989, 16). Mitä paremmat suhteet lapsilla on vanhempiinsa ennen murrosikää sitä paremmin vanhemmat pystyvät tukemaan nuorta päätöksissä ja sen helpompi vaihe nuoruus on (Hurrelmann 1989, 24).

Raitasalo ja Maaniemi (2009) arvioivat nuorten masennuksen syyksi sitä, että yhteiskunnassa on tapahtunut muutoksia, joiden seurauksena ihmisiltä vaaditaan enemmän psykologista ja älyllistä kapasiteettia, eivätkä kaikki jaksakaan tässä tahdissa. Heidän mukaansa mielenterveydeltään herkästi haavoittuvien nuorten turvaverkostot ovat haurastuneet. Turvaverkoista tärkeimpinä he pitävät etenkin perhettä ja kouluympäristöä. (Raitasalo & Maaniemi, 2009.) Useat nuoret siis tarvitsisivat enemmän sosiaalista tukea. Monien nuorten vanhemmat etenkin pääkaupunkiseudulla ovat myös vailla perinteisiä tukiverkostoja, koska he ovat läpikäyneet suuren muuton maalta kaupunkiin (Kortteinen 1982). Tutkimusten mukaan vanhemmat kokevat itsensä yksinäisiksi ja tarvitsisivat apua jokapäiväisessä elämässä, vaikka päällisin puolin elämä meneekin hyvin (Sallinen 2006, 97). Ennen tällainen apu on tullut omilta vanhemmilta tai yhteisöltä, mutta useiden vanhempien omat vanhemmat asuvat toisilla paikkakunnilla.

Isoin vaikutus nuorten masennukseen onkin juuri perheen tuella. Perheen tuki puskuroi nuorten masennus-oireita. (Ritakallio, 2008, 84, 93) Perheen merkityksen ovat todenneet myös Barrera ja Garrison-Jones (1992), jotka tutkimuksessaan huomasivat, että etenkin isän tuki on merkittävää. Perheen tuella nuoruudessa ei kuitenkaan välttämättä ole yhteyttä masennuksen määrään aikuisuudessa (Huurre ym. 2007).

Perheellä voi olla myös sairastuttava vaikutus nuoren elämässä. Vanhempien mielenterveyden ongelmat voivat heijastua nuoriin. Systemisen näkemyksen mukaan nuoren mielenterveyden oireet voivat olla yritys pitää perheen tasapaino yllä (Piha 2004, 65). Nuori voi koittaa esimerkiksi masennusoireilullaan saada perhettä yhdistymään. Jos perheen sisäinen dynamiikka ei pelaa, voi olla, että vanhemmat kohdistavat kaiken huomionsa nuoreen, sen sijaan, että suostuisivat näkemään tai ratkaisisivat perheen sisäisiä ongelmia (Piha 2004, 66). Tällöin korkeakaan sosiaalinen tuki ei välttämättä auta, koska masennuksen varsinaiseen syyhyn ei puututa. Jos masennus taas saa perheen yhdistymään, ei sille itselleen enää ole tässä tapauksessa tarvetta.

Silloin kun perheen tukea on vähän tarjolla masentuneelle, ikätoverien tuen merkitys nousee (Barrera & Garrison-Jones 1992). Ikätoverien tuella on myös yleisesti ottaen mielenterveyteen hyvä vaikutus (Karlsson & Marttunen 2011b, 261). Tätä tukee myös huomio siitä, että ikätoveriryhmän ulkopuolelle jääminen, kavereiden puuttuminen ja kiusaaminen ovat masennuksen riskitekijöitä (Karlsson & Marttunen 2011b). Kuten aiemmin todettiin, ikätoverit eivät niinkään anna varsinaista tukea, mutta lisäävät nuoren tunnetta integraatiosta. Nuoret käsittelevät pääasiassa kavereiden kanssa ajankohtaisia asioita, kuten kulutukseen liittyviä valintoja (Hurrelmann 1989, 16). Ikätoverien seurassa he myös oppivat sosiaalisia taitoja ja vertaisryhmällä on tärkeä tehtävä siinä, että se auttaa nuorta itsenäistymään vanhemmistaan. Joskus ystävien tuella saattaa kuitenkin olla jopa yhteys masentumiseen (Barrera & Garrison-Jones 1992). Tällainen tilanne on silloin, kun nuorten ryhmä muodostaa normeja, esimerkiksi rikollisen käyttäytymisen suosiminen, jotka ovat haitallisia mielenterveydelle. Äärimmäisenä esimerkkinä toimii jengiytyminen, jonka syynä ovat usein huonot olosuhteet ympäristössä (Almqvist 2004, 81).

Yhteiskunnan tuella on vaikutus nuoren mielenterveyteen. Institutionaalinen tuki ja kuuluminen instituutioihin on yksi osa tuen muotoa. Hurrelmannin (1989, 23–24) kuvailee sitä, kuinka murrosikäisillä pitäisi olla merkityksellistä tekemistä vapaa-ajallaan ja ehdottaakin, että nuorilla pitäisi olla instituutioita, joihin he voisivat osallistua. Toinen asia on, että yhteiskunnan pitäisi pystyä tarjoamaan nuorille työpaikka valmistumi-

sen jälkeen, jotta heillä olisi perusta sille, miksi he kasvaisivat aikuisiksi, eli ottaisivat aikuisen roolin yhteiskunnassa. (Hurrelman 1989, 23-24.) Merkityksettömyyden tunne kun on keskeinen osa masentuneen mielenmaisemaa.

Yhteiskunnallisena instituutiona koulu on nuorille tärkeä ympäristö ja myös sen sisällä annettua tukea on tutkittu. Ellonen (2008) väittää tutkimuksensa pohjalta, ettei sosiaalisen tuen määrällä itsessään ei ole suurta vaikutusta koulukohtaisen masennuksen määrään, vaan sillä, kuinka tasaisesti tuki on jakautunut oppilaiden kesken. Sosiaalinen tuki on siis yhteisöön liittyvä piirre. Jos osa ihmisistä kokee saavansa hyvää tukea ja osa yhteisössä taas ei, niin jopa ne, jotka saavat korkeaa tukea, ovat alttiimpia masentumaan kuin niiden yhteisöjen jäsenet, joissa tuki jakautuu tasaisesti. Eli hyväkään tuki ei vähennä yhteisötasolla masennuksen määrää, jos se ei ole jakautunut tasaisesti ja osa ihmisistä jää tuen ulkopuolelle. (Ellonen 2008.)

Sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteys on siis hyvä nähdä myös yhteiskunnallisena ja yhteisötasoisena asiana. Psykososiaalinen ja psykosomaattinen oireilu pitäisi Hurrelmanin (1989, 25) nähdä murrosikäisten puolustusmekanismina vaikeissa stressaavissa elämäntilanteissa. Sen sijaan, että keskitytään tekemään erikoistuneita interventioita, pitäisi yhteiskunnassa keskittyä antamaan murrosikäisille kokonaisvaltaista tukea ja apua, sekä muuttamaan yhteiskunnan rakennetta niin, että puututtaisiin oireiden sijasta syihin.

2.4.3 Sosiaalinen tuki, masennus, sukupuoli, ikä ja sosioekonominen asema

Lin (1999, 348) toteaa, että tutkimusten mukaan ihmiset, jotka ovat nuorempia ja joilla on parempi tulotaso ovat paremmassa asemassa mielenterveytensä suhteen. Ihmisillä, joilla on parempi tulotaso, on yleensä vähemmän masennusta, ja nuoret ihmiset saavat enemmän rakenteellista tukea kuin vanhemmat. (Lin 1999, 353-5) Mitä vanhempia nuoret ovat, sitä vähemmän he raportoivat saavansa tukea perheeltään (Cheng & Chan 2004). Masennus ja sosiaalinen tuki vaihtelee myös sukupuolten välillä. Linin (1999,

353–355) mukaan sukupuoli, iällä tai tulotasolla ei kuitenkaan ole merkittävää vaikutusta masennukseen.

On todistettu, että sosioekonomisella asemalla on yhteys mielenterveyteen nuorilla (Aneshensel & Sucoff 1996). Yleinen mielipide on, että myös sosiaalisen tuen määrä vaihtelee sosioekonomisen statuksen mukaan, vaikka kaikissa tutkimuksissa tätä ei huomatakaan (ks. esim. Brugha 1991). Mitä matalampi status ihmisellä on, sitä pienempi on yksilön niin sanottu rakenteellinen tuki, eli verkoston koko ja sitä vähemmän on sosiaalisen tuen vaihtoa (Antonucci 2001, 14468; Huurre ym. 2007). Etenkin naisilla alhaisempi sosioekonominen asema liittyy vähäisempään tukeen silloin, kun he ovat masentuneita. Kuitenkaan nuorten alhainen sosioekonominen asema ei ole yhteydessä sosiaaliseen tukeen aikuisena. (Huurre ym. 2007.)

2.4.5 Yhteenveto sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteydestä

Sosiaalisella tuella on edullinen vaikutus niin fyysiseen terveyteen kuin mielenterveyteenkin. Sosiaalisen tuen yhteyttä mielenterveyteen voidaan selittää kahdella seikalla. Ensinnäkin kokemus sosiaalisesta integraatiosta tuo varmuutta arkielämässä ja toiseksi suurissa elämänmuutoksissa sosiaalinen tuella on puskurivaikutus, joka vähentää yksilön kokemaa stressiä. Tutkimuksen mukaan sosiaalisen tuen saaminen vähentää masennusta, kun taas tuen puute on yhteydessä masennukseen. Parhaita tuen lähteitä ovat masennuksen kannalta läheiset ihmiset.

Nuorilla tärkein tuen lähde on siis luonnollisesti perhe. Hyvät suhteet vanhempiin auttavat nuorta löytämään paikkansa maailmassa ja kestämaan yhteiskunnan kiristyneitä vaatimuksia, jotka voivat aiheuttaa masennusta. Perheen tuella voi olla myös negatiivinen vaikutus mielenterveyteen silloin kun vanhemmat eivät itse voi hyvin. Ystävien tuen merkitys on masentuneelle suurempi, jos perheen tukea ei ole riittävästi saatavilla. Kavereiden seura antaa nuorelle tunteen kuulumisesta johonkin, kun taas huonot suhteet ikätovereihin lisäävät riskiä masentua.

On huomattu, että masennuksen kannalta sosiaalisen tuen tasainen jakautuminen yhteisötasolla on tärkeämpää kuin tuen aktuaalinen määrä. Institutionaalinen tuen kerros on myös tärkeä. Nuorilla pitäisi olla mahdollisuus osallistua mielekkääseen toimintaan. Yhteiskunnallisella asemalla on myös merkitystä, sillä on huomattu, että alhainen sosio-ekonominen asema, vanhempi ikä ja naissukupuoli vaikuttavat yksilön sosiaalisen tuen määrään ja herkkyyteen masentua.

3.5 Masennus ja sosiaalinen tuki tässä tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa on selkeintä käyttää masennuksesta lääketieteellistä ja psykologista tunnusmerkistöä, jolla masennus saadaan rajattua. Masennuksella tarkoitetaan tässä siis pitkäkestoista masennustilaa, joka on ICD -tautiluokituksen mukainen sairaus (WHO 1990). Sosiaalinen tuki on käsitteenä hajanainen, joten sen käyttö on myös ehdottoman tärkeää rajata. Tässä tutkimuksessa käsitettä sosiaalinen tuki käytettäessä viitataan vain subjektiiviseen sosiaaliseen tukeen. Tämä siksi, että subjektiivinen sosiaalinen tuki on tutkimusten mukaan ensinnäkin merkittävin tekijä masennuksen selittäjänä (esim. Leskelä ym. 2009) ja toiseksi subjektiivinen sosiaalinen tuki on selkeimmin mitattavissa.

3 AINEISTOT, MENETELMÄT JA ANALYYSI

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu depressiodiagnoosin saaneista nuorista ja verro-keista, jotka vastasivat kyselyihin masennusoireista (BDI) ja koetusta sosiaalisesta tues-ta (PSSS-R) alkumittauksessa ja vuoden päästä tapahtuneessa seurannassa. Tutkimus tehdään kvantitatiivista menetelmää käyttäen. Pääanalyysi tapahtuu lineaarisella regres-sioanalyysillä.

3.1 Tutkimuskohde ja tutkimuksen kulku

Tämän tutkimuksen aineisto on osa ADS -hankkeen aineistoa. ADS (Adolescent Dep-ression Study) on Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen lasten ja nuorten mielenterveys-yksikön nuorten depression kulun ja hoidon tutkimus- ja kehittämishanke Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin (HUS) Peijaksen alueella. Hanke on seurantatutkimus, josta käytän vuosina 1998-2002 kerättyä aineistoa, joka pitää sisällään alkutason ja yh-den vuoden seurantamittauksen. Aineisto koostuu 218:sta 13 – 19 -vuotiaasta Peijaksen sairaanhoitoalueen alueen nuorisopsykiatrisen poliklinikan avohoitopotilaasta ja 200 ikä- ja sukupuolikaltaistetusta verrokista, joiden tulokset on kerätty Peijaksen alueen kouluista. Peijaksen sairaanhoidopiiriin kuuluu 210 000 asukasta ja se koostuu Helsin-gin, Keravan ja Vantaan alueista. Aineisto saatiin henkilökohtaisilla haastatteluilla, sekä keräämällä täydentävää taustatietoa potilasasiakirjoista.

Potilaiden osalta aineisto seulottiin 774 Peijaksen sairaanhoitoalueen nuorisopsykiatri-sen klinikan peräkkäisestä kävijästä vuosina 1998 – 2001. Tutkimuksesta rajattiin pois alle 13-vuotiaat, yli 19-vuotiaat, kehitysvammaiset, suomen kieltä tarpeeksi osaamatto-mat ja ne kävijät, joille ei oltu sovittu henkilökohtaista tapaamisaikaa. Kaikkiaan 660 oli kelpoisia seulontaan ja 373 heistä osoittautui sopiviksi tutkimukseen. Heistä 221 suos-tui osallistumaan tutkimukseen ja heidät haastateltiin. 218 haastatelluista kärsi diagnos-tisen kynnyksen ylittävstä masennustilasta alkumittauksessa ja heidät otettiin mukaan tutkimukseen.

Verrokkit kerättiin kouluista samalta maantieteelliseltä alueelta kuin potilaat keväällä 2002. Verrokkit valittiin satunnaisotoksella huomioiden, että sukupuoli ja ikäjakauma, sekä koulutustaso ovat samanlaisia kuin potilailla. Poissulkevinä kriteereinä olivat riittämätön suomen kielen taito, sekä kuuluminen potilaiden ryhmään. 7 verrokkia kieltäytyi osallistumasta ja 6 ei tavoitettu. Poissuljettujen ja kieltäytyneiden henkilöiden kohdalla valittiin aina seuraava sopiva opiskelija listalta. Kaikkiaan 200 verrokkia haastatettiin ja heistä 22:lla oli parhaillaan masennus.

Potilaita tutkimuksessa on siis mukana 218 ja ikä- ja sukupuolikaltaistettuja verrokkeja 200. Naisia on aineistossa 340 (81 %) ja miehiä 78 (19 %). Naisia on siis tutkittavissa nelinkertainen määrä miehiin verrattuna. Tämä saattaa selittyä sillä, että naiset ovat usein masentuneempia kuin miehet ja, että tytöt käyttävät myös nuorisopsykiatrisia palveluja useammin kuin pojat. Iän keskiarvo on tutkittavilla 16 vuotta. Miehiä on hiukan enemmän 17-vuotiaissa, kun taas naisia 14-vuotiaiden joukossa.

Tutkittavien huoltajat on jaettu neljään ryhmään, jotka kuvaavat huoltajien sosioekonomista asemaa. Ylin sosioekonominen asema on ylemmillä toimihenkilöillä ja työnantajilla, joita vastaajien huoltajista on 30%. Seuraava sosioekonominen luokka on alemmat toimihenkilöt, joita on 30% vastaajien huoltajista. Työnantajat ja yksityisyrittäjät muodostavat kolmannen ryhmän, joita on myös 30% vastaajien huoltajista. Neljännen ryhmän muodostavat ne huoltajat, jotka ovat eläkkeellä tai opiskelevat tai joiden sosioekonominen asema on jokin muu tai sitä ei ole mainittu. Heitä on yhteensä 9%. Potilaiden ja verrokkien huoltajien sosioekonominen asema ei eroa toisistaan paitsi, että potilaiden huoltajien joukossa on enemmän niitä, jotka kuuluvat alempien toimihenkilöiden ryhmään ja verrokeiden huoltajista suurempi osa kuuluu ryhmään ylemmät toimihenkilöt. Naisten huoltajilla on alhaisempi sosioekonominen asema kuin miesten huoltajilla. Jos sosioekonomisen aseman suhdetta muihin muuttujiin arvioidaan, on hyvä vakioda siis sukupuoli. Huoltajien sosioekonomisen aseman ja sukupuolen yhteys on tilastollisesti merkitsevä Mann-U-Whitneyn testin tuloksella ,007

3.2 Muuttujat ja mittarit

Tutkimus tehdään kvantitatiivista menetelmää käyttäen. Perusmuuttujina tutkimuksessa on masennuksen vakavuusaste ja sosiaalisen tuen määrä. Tämän lisäksi otetaan huomioon iän, sukupuolen, sen onko tutkittava verrokki vai potilas ja vanhempien ekonominen aseman vaikutus masennukseen. Etenkin vanhempien sosioekonomisella aseman ja sukupuolen on todettu vaikuttavan masennukseen ja sosiaaliseen tukeen (Kaltiala-Heino ym. 2000).

3.2.1 Masennusoireiden mittari

Masennuksen mittarina on hankkeessa käytetty masennuksen diagnostisia piirteitä määrittelevää Beck Depression Inventory (BDI) -mittaria. Mittari koostuu 21 eri kysymyksestä, joissa vastaajaa pyydetään kuvaamaan oireiden vahvuutta. Mittarissa kysytään mielialasta, tunteista (esim. ärtyneisyyden tunne), tulevaisuuden odotuksista, suhtautumisesta itseän, kiinnostuksesta muihin ihmisiin, toimintakyvystä ja masennukseen liittyvistä muutoksista, kuten ruokahalusta ja nukkumisesta. Tämä mittari on kansainvälisesti standardoitu eri ikäluokissa, sekä osoitettu validiksi (Beck ym 1988). Alkumittauksessa tämä mittari on käytettävissä kaikilta tutkittavilta, paitsi yhden verrokin lomake puuttuu. Seurannan mittauksessa tiedot ovat 186 potilaalta ja 178 verrokilta, eli puuttuvia lomakkeita seurannassa on yhteensä 53.

Kysymysten pohjalta kullekin vastaajalle lasketaan yksilöllinen masennuspistemäärä, joka kuvaa henkilön masentuneisuuden vakavuutta. Vastausvaihtoehdot kuhunkin kysymykseen saavat arvon 0-3 pistettä, joista 0 kuvaa normaalia tilaa ja 3 vakavan masennuksen oiretta. Vastauksista muodostettiin summamuuttuja, jossa puuttuva tieto korvattiin vastaajan osiokeskiarvoilla. Pisteet 0-9 tarkoittavat sitä, että vastaaja ei ole masentunut, pisteet 10- 16 viittaavat lievään masennukseen, pisteet 17-29 viittaavat kohtalaiseen masennukseen ja jos vastaaja saa 30 pistettä tai enemmän, se viittaa vakavaan masennukseen. Maksimipistemäärä, jonka vastaaja voi saada, on 63 pistettä.

Masennuksesta tehtiin vielä masennuksen muutos –muuttuja niin, että alkumittauksen masennuspisteistä vähennettiin seurannan masennuspisteet. Näin saatiin muuttuja, jossa negatiiviset arvot kuvastavat masennuspisteiden laskua tutkimuksen aikana, 0 –pistettä kuvaa sitä, ettei muutosta ole tapahtunut ja positiiviset arvot taas masennuspisteiden nousua. Mitä suurempi pistemäärä, sitä suurempi lasku tai nousu masennuksen oireiden määrässä on tutkimuksen aikana tapahtunut.

3.2.2 Subjektiivisen sosiaalisen tuen mittari

Sosiaalisen tuen mittarina käytetään subjektiivisen sosiaalisen tuen PSSS-R (Perceived Social Support Scale -Revised) –mittaria. PSSS-R -mittarilla pyritään selvittämään yksilön subjektiivisesti koettua tukea perheeltä, läheiseltä ystävältä ja ystäviltä. Mittari selvittää sen, kokeeko tutkittava, että hänen elämässään on ihmisiä, joilta hän voi saada sosiaalista tukea. Alkumittauksessa tämä lomake joko puuttuu tai se ei ole normaalisti käytettävissä, koska sen tekemisestä on yli 90 päivää seulaan, 22 potilaalla ja yhdellä verrokilla. Seurannassa lomake puuttuu, tutkittava ei ole osallistunut vaiheeseen tai lomake ei ole normaalisti käytettävissä 35 potilaalta ja 22 verrokilta.

Sosiaalisen tuen mittari koostuu 12 väittämästä (Taulukko 2), joista neljä kartoittaa läheisen ystävän tukea, neljä perheen tukea ja neljä ystävien tukea. Kysymykset ovat väittämiä, esimerkiksi ”Saan todellista tukea perheeltäni”. Vastausvaihtoehdot ovat Likertin asteikolla 1-5, jossa 1 tarkoittaa ”*eri mieltä*”, 2 ”*melko eri mieltä*”, 3 ”*ei samaa eikä eri mieltä*”, 4 ”*melko samaa mieltä*” ja 5 ”*samaa mieltä*”. Kysymyksistä on tehty painotamattomat summamuuttujat, joissa puuttuva tieto on korvattu regressioestimoinnilla. Sosiaalisesta tuesta on tehty summamuuttujia ensinnäkin laskemalla kaikki sosiaalisen tuen pisteet yhteen. Tämän lisäksi on perhettä, läheistä ystävää ja ystäviä käsittelevät osiot laskettu omiksi summamuuttujikseen. Kokonaistukea kuvaavassa summamuuttujassa on kaikkien 12 kysymyksen pisteet on laskettu yhteen. Kokonaistuen minimipistemäärä on 12 ja maksimi 60. Kustakin tuen osiosta on tehty omat summamuuttujansa laskemalla kutakin tukea kuvaavat kysymykset yhteen. Minimipistemäärä näissä summamuuttujissa on 4 pistettä ja maksimi 20 pistettä.

TAULUKKO 2: Sosiaalista tukea kuvaavat väittämät

Läheinen ystävä	Minulla on läheinen ystävä, joka tukee minua, kun tarvitsen apua
	Minulla on läheinen ystävä, jonka kanssa voin jakaa elämäni ilot ja surut.
	Minulla on läheinen ystävä, joka lohduttaa minua.
	Minulla on läheinen ystävä, joka osaa ottaa huomioon tunteeni.
Perhe	Saan todellista tukea perheeltäni.
	Perheeni tukee minua aina, kun tarvitsen apua.
	Voin keskustella ongelmistani perheeni kanssa.
	Tehdessäni tärkeitä ratkaisuja saan perheeltäni apua.
Ystävät	Ystäväni todella tukevat minua, kun tarvitsen apua.
	Luotan ystäväni apuun, kun asiat alkavat mennä heikosti.
	Minulla on ystäviä, joiden kanssa voin jakaa ilot ja surut.
	Voin keskustella ongelmistani ystäväni kanssa.

PSSS-R mittarin heikkoutena vaikuttaa olevan käänös, jossa 'significant other' on suomennettu 'läheiseksi ystäväksi'. Sosiaalista verkostoa kartoittavissa kysymyksissä termi "friends" on suomennettu "ystäväksi". Ero läheisen ystävän ja ystävien välillä ei suomen kielessä ole suuri. Termi "ystävä" tarkoittaa läheistä ihmistä, eikä monikossa-kaan kuvaa niin sanottua kaveripiiriä, jota alun perin kysymyksillä ystävästä todennäköisesti haetaan. Mittari on alun perin tehty aikuisille ja "significant other" viittaa elämänkumppaniin ja "friends" muihin ystäviin. Läheinen ystävä- ja ystävät -kysymykset sijoittuvat faktorianalyyssissä samaan faktoriin, mikä kuvaa myös kysymysten erottelukyvyn heikkoutta. Nuorilla voi muutenkin kysyä, miten termi läheinen ystävä eroaa ystävästä ja mikäli on haluttu hakea termiä "significant other", eikö silloin todennäköisesti termin alle tulisi myös ystävän lisäksi perhe, kuten Cheng & Chan (2004) ovat myös huomanneet toisella samanlaisen jaottelun omaavalla sosiaalisen tuen mittarilla. Tässä tutkimuksessa jätetään summamuuttuja "läheinen ystävä" pois monimuuttujamenetelmistä, koska ensinnäkin muuttuja on molemmissa mittauksissa vinommin jakautunut kuin ystävät -muuttuja ja toiseksi ystävät -muuttuja korreloi enemmän masennuksen

muutoksen kanssa. On hyvä huomioida se, että kysymykset läheisestä ystävystä voivat kuitenkin vaikuttaa siihen, miten nuoret ovat arvioineet ystävien tukea.

3.2.2 Muuttujien ominaisuudet

Nominaalisia muuttujia tässä tutkimuksessa ovat tutkimusryhmä sukupuoli ja huoltajien sosioekonominen asema. Jatkuviin muuttujiin luetaan ikä, tosin sen vaihteluväli on vain 7 vuotta. Varsinaisia jatkuvia muuttujia ovat alkumittauksen ja seurannan masennuspisteet ja sosiaalisen tuen taso. Masennuspisteet ovat alkumittauksessa ja etenkin seurannassa jakautuneet epätasaisesti, jos tarkastellaan potilaita ja verrokkeja yhdessä. Verrokeista johtuen alkumittauksen jakaumassa on piikki 0-pisteen kohdalla ja muutenkin jakauma on häntävä oikealle. Seurannassa jakauma on vielä enemmän painottunut 0-pisteen ympärille, koska myös potilaiden masennuspisteet ovat laskeneet. Jakauman normaaliutta ei saa parannettua logaritmimuutoksella (Liite 1).

Masennuksen muutos -muuttuja ei ole täysin normaalisti jakautunut, mutta jakauma on kuitenkin suurin piirtein normaali. Muuttujan vinous on ennen neliöjuurimuunnosta -,678 ja muunnoksen jälkeen -,379. Huipukkuus taas on ennen muutosta 1,247 ja muutoksen jälkeen 5,533. Jakauman vinous siis paranee kun käytetään muuttujamuunnosta, mutta samaan aikaan huipukkuus taas huononee. Muuttujamuunnos (Liite 2) ei siis muuta masennuksen muutos -muuttujaa normaalimmin jakautuneeksi, joten tässä tutkimuksessa muunnosta ei käytetä.

Sosiaalisen tuen muuttujat ovat jakautuneet hyvin vinoutuneesti niin, että suurin osa vastauksista kerääntyy sosiaalisen tuen maksimipistemäärään. Korkeimmillaan jakauman vinous näkyy läheisen ystävän seurannan tuessa, jossa jopa 50 % vastaajista on arvioinut saavansa maksimimäärän tukea. Esimerkiksi perheen osalta vastaava luku on jo puolta pienempi ja ystävien osaltakin 20 % pienempi. Jakaumat ovat siis vinoutuneimpia läheisen ystävän tuessa ja parhaita perheen tuessa. Jakaumia ei kuitenkaan saa merkittävästi normaalimmiksi muuttujamuunnoksilla (Liite 3). Esimerkiksi niin alkumittauksessa kuin seurannassakin perheen tuen ja alkumittauksessa ystävien tuen ja-

kauma paranee muuttujamuunnoksella vinouden osalta, mutta huononee huipukkuuden osalta, vain ystävien tuki seurannassa muuttuu normaalimmin jakautuneeksi. Muuttujamuunnoksia ei tehdä yhden muuttujan takia. Lopuksi siis todettakoon, että sosiaalisen tuen muuttujien jakaumat ovat oikealle vinoja ja tämä seikka tulee ottaa huomioon analyysiä tehdessä.

3.3 Aineiston analyysimenetelmä

Aineiston analyysi toteutettiin SPSS 17 ja 18 –ohjelmilla. Ristiintaulukoita käytetään selvittämään tutkimusryhmien vanhempien sosioekonomisen aseman ja sukupuolien jakaumia kussakin masennuksen luokassa. Ristiintaulukossa käytetään keskiarvon sijaan mediaania, koska se kuvaa yhteyttä paremmin silloin kun on kyse vinosti jakautuneista muuttujista. Korrelaatioissa käytetään Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa, koska se kestää Pearsonin korrelaatiokerrointa paremmin jakautumien vinoutta. Spearmanin korrelaatiokertoimella tarkastellaan masennuksen alkumittauksen ja seurannan, sekä masennuksenmuutosmuuttujan yhteyttä sosiaalisen tuen muuttujiin. Korrelaatioissa erotellaan tutkimusryhmät ja sukupuolet erojen esille saamiseksi.

Kun selvitetään sitä, vähentääkö sosiaalinen tuki masennuspisteitä tutkimuksen aikana, käytetään monimuuttujamenetelmistä lineaarista regressioanalyysiä. Tällöin saadaan samanaikaisesti vakioitua masennuksen ja sosiaalisen tuen määrään ainakin teoriassa vaikuttavat sukupuoli, ikä ja vanhempien sosioekonominen asema, sekä tietenkin tutkimusryhmä, ja selvitettyä kuinka sosiaalisen tuen muuttujat ovat yhteydessä masennuksen muutos -muuttujaan. Lineaarisella regressioanalyysillä on siis mahdollista tarkastella monen selittävän muuttujan yhtäaikaista vaikutusta selitettävään muuttujaan. Lineaarisen regressioanalyysin perusolettamuksina kuuluu se, että muuttujien pitää olla kvantitatiivisia, riippuvuuden pitää olla lineaarista ja vaikutusten additiivisia (Jokivuori & Hietala 2007, 41). Tässä tutkimuksessa muuttujien välisen riippuvuuden ei havaittu olevan epälineaarista. Kvantitatiivisuuden perusolettaamus tarkoittaa sitä, että selitettävän muuttujien pitää olla vähintään välimatka-asteikkollisia tai jos muuttujat ovat luokiteltuja muuttujia, pitää ne olla dummy -muotoon koodattuja. Vaikutusten additiivisuus puolestaan kuvastaa sitä, että selittävät muuttujat eivät saa korreloida toistensa kanssa. (Joki-

vuori & Hietala 2007, 41.) Multikollinearisuutta esiintyi läheisen ystävän ja ystävien tukien kesken, joten läheinen ystävä –muuttuja jätettiin regressioanalyysistä pois.

Vakioitavat luokitteluasteikolliset muuttujat koodattiin dummy – muuttujiksi niin, että kaikki luokitteluasteikollisen muuttujan luokat, yhtä lukuun ottamatta, koodataan omiksi muuttujikseen. Muut arvot, esimerkiksi virhelyönnit, koodataan puuttuviksi arvoiksi. Yksi koodaamatta jäänyt muuttuja toimii vertailuryhmänä, johon muita dummy – muuttujia verrataan. Tutkimusryhmässä ”Verrokki” saa arvon 1 ja ”Potilas” arvon 0. Sukupuoli – muuttujassa ”Nainen” saa arvon 1 ja ”Mies” arvon 0. Huoltajien sosioekonomisen aseman luokat koodataan niin, että luokista ”Työntekijä/Yksityisyrittäjä”, ”Alempi toimihenkilö” ja ”Ylempi toimihenkilö/työnantaja” koodataan omiksi muuttujikseen arvolla 1, jolloin kaikki muut luokat saavat arvon 0. Vertailuryhmänä toimii luokka ”Ei tietoa/eläkeläinen/opiskelija/Muu”.

Tutkittavat koostuvat siis 218 masennusdiagnoosin saaneesta 13 – 19 –vuotiaasta nuoresta, sekä 200 ikä- ja sukupuolikaltaistetusta verrokista. Taustamuuttujina tutkittavista tiedetään sukupuoli, ikä ja huoltajien sosioekonominen asema. Masennusoireiden määrä saadaan selville masennuksen diagnostisia piirteitä kuvaavalla BDI –mittarilla, joka koostuu 21 masennusoireita kartoittavasta kysymyksestä. Sosiaalisen tuen mittarilla (PSSS-R) saadut tulokset kuvaavat tutkittavien subjektiivisesti arvioimaa läheisen ystävän, perheen ja ystävien tukea. Saadut muuttujat ovat hyvin vinosti jakautuneita, lukuun ottamatta masennuksen muutos –muuttujaa, joka on lähempänä normaalia jakaumaa. Jakaumat eivät pääasiallisesti parane muuttujamuunnoksilla. Aineiston analysointiin käytetään SPSS –ohjelmistoa, jossa pääasiallinen analyysi tapahtuu regressioanalyysillä. Muuttujina ovat masennuksen muutos, sosiaalinen tuki eri kategorioissaan ja taustamuuttujat.

4 TULOKSET

Tuloksissa keskitytään ensin ristiintaulukointi -menetelmällä kuvaamaan masennusta ja sen muutosta tutkimuksen aikana, sekä yhteyttä taustamuuttujiin. Tämän jälkeen kuvataan sosiaalisen tuen jakautumista eri taustamuuttujien luokissa. Kolmantena on masennuksen ja sosiaalisen tuen tarkastelu Spearmanin korrelaatiokertoimella kaikki yhdessä, sekä tutkimusryhmän ja sukupuolen mukaan. Kuvailevien tulosten jälkeen siirrytään analyttisiin tuloksiin, joissa tarkastellaan taustamuuttujia ja sosiaalisen tuen muuttujia yksittäin masennuksen muutos –muuttujan kanssa lineaarisessa regressioanalyysissä. Varsinaisessa analyysissä tarkastellaan malleittain eri jaotteluilla kaikkia selittävien muuttujien, eli tutkimusryhmää, sukupuolta, ikää, huoltajien sosioekonomista asemaa ja perheen, sekä ystävien sosiaalisen tuen vaikutusta masennuksen muutokseen. Analyysi tehdään erikseen kaikille, potilaille, verrokeille, miehille ja naisille.

4.1 Masennus

TAULUKKO 3: ADS -potilaat ja verrokki

Masennuksen aste	Alkumittaus % (n)		1-vuoden mittaus % (n)	
	Potilas	Verrokki	Potilas	verrokki
Normaali (0-9)	1(3)	83 (164)	67 (124)	90 (160)
Lievä (10–16)	30 (65)	13 (25)	17 (32)	7 (12)
Kohtalainen (17–29)	50 (109)	5 (9)	13 (23)	3 (5)
Vakava (30–63)	19 (41)	0 (1)	4 (7)	1 (1)
Yhteensä	100 (218)	100 (199)	100 (186)	100 (178)

(Taulukko 3) Alkumittauksessa masennus-oireiden määrä on potilailla luonnollisesti korkeampi kuin verrokeilla, koska heidät on valittu tutkimukseen sen takia, että he ovat masentuneita. Kolme potilaista saa kuitenkin alkumittauksessa pistemäärän, joka vastaa normaalia mielialaa, mikä selittyy toipumisena seulontamittauksen ja alkuhaastattelun välillä. Lievä masennus on 30 %:lla potilaista, kohtalainen 50 %:lla ja vakava 19 %:lla. Verrokeista 19 %:lla on masennusoireita ja suurimmalla osalla heistä lievää masennus-

ta. Potilaat ovat keskimäärin aika vaikeasti masentuneita, kun taas verrokkien masennusoireet ovat lieviä.

Seurannassa potilaista normaali mieliala on jo 67 %:lla ja masennuksen aste on lieventynyt niin, että vakavasta masennuksesta kärsii enää 4 %:a potilaista, kohtalaisesta 13 %:a ja lievistä masennuksesta 17%:a. Seurannassa verrokkien masennusoireet vähenevät myös niin, että verrokeista enää 11% :lla on masennukseksi laskettava määrä oireita. Voidaan siis todeta, että tutkimuksen aikana masennusoireet vähenevät voimakkaasti etenkin potilailla.

Koska naiset ovat masentuneempia kuin miehet niin potilaiden kuin verrokkienkin ryhmässä (Liite 5 & 6), on heillä myös suurempi potentiaali masennusoireiden määrän laskuun, kuin miehillä. Tämä alkuasetelma on hyvä ottaa huomioon, sillä kun tarkastellaan sukupuolten masennusoireiden muutosta (Liite 4), huomataan, että masennusoireet todella ovat vähentyneet enemmän naisilla kuin miehillä. Vain potilailla huoltajien sosioekonominen asema näyttäisi liittyvän alkumittauksen masennuspisteisiin (liite 5) niin, että mikäli huoltaja kuuluu ryhmään ”Ei tietoa, opiskelijat tai muut”, niin masennuspisteiden mediaani on korkeampi kuin muilla sosioekonomisen aseman ryhmillä. Seurannassa vastaavaa eroa ei ole havaittavissa. Huoltajien sosioekonominen asema ei siis näyttäisi merkitsevästi määräävän masennuksen astetta. Verrokeilla (Liite 6) huoltajien sosioekonomisella asemalla ei näytä olevan merkittävää vaikutusta masennuspisteiden mediaaniin.

4.1.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki (Taulukko 4) jakautuu niin, että vastaajat kokevat selvästi saavansa eniten tukea läheiseltä ystävältä ja ystäviltä. Perheeltä saatu tuki taas arvioidaan vähäisemmäksi kuin nämä kaksi. Tämä voi tarkoittaa sitä, että nuoret todella saavat enemmän tukea ikätovereiltaan ja ystävät ovat tärkeämpi tuen lähde kuin perhe. Toinen vaihtoehto on se, että nuoret eivät tunnista perheeltä saatavaa tukea samalla tavalla kuin ystäviltä saatavaa tukea. Voi myös olla niin, että tyytyväisyys perheeltä saatavaan tukeen vähenee

nuoruudessa, koska nuoruudessa perheestä pitää irrottautua ja nuori saattaa saada vähemmän sosiaalista tukea perheeltään kuin lapsuudessa, jonka takia subjektiivinen tyytyväisyys sosiaaliseen tukeen on vähäisempää.

TAULUKKO 4: Sosiaalisen tuen summapisteiden meridiaanit

	Kokonaistuki		Läheinen ystävä		Perhe		Ystävät	
	0v	1v	0v	1v	0v	1v	0v	1v
Tutkimusryhmä								
ADS-potilas	46	50	18	19	14	16	16	17
Verrokki	52	55	19	20	17	18	18	19
Sukupuoli								
Mies	45	45	15	16	17	16	15	16
Nainen	51	53	19	20	15	17	18	19
Huoltajien SES								
Ei tietoa/eläk./opisk./muu	47	53,5	19	20	12	16	18	18,5
Työntekijä/yksin.yrit.	50	53	19	19	15	17	17	19
Alempi toimihenkilö	46	50,5	18	18,5	14	16	16	17
Yl. toimihlö/työnantaja	51	54	19	20	17	18	17	18
Yhteensä	49	53	19	19	15	17	17	18

Verrokkit ovat vastanneet saavansa hieman enemmän sosiaalista tukea kaikissa sosiaalisen tuen luokissa, mutta perheen tuen kohdalla ero potilaisiin on selkein. Potilailla on siis vähemmän tukea kuin verrokeilla tai he ainakin kokevat saavansa vähemmän tukea. Naiset kokevat saavansa enemmän tukea kuin miehet kaikissa sosiaalisen tuen luokissa, paitsi alkumittauksessa perheeltä saadun tuen osalta, jota miehet ovat vastanneet saavansa enemmän. Sosiaalinen tuki ei vaihtelee johdonmukaisesti huoltajien sosioekonomisen aseman mukaan, jolloin tässä tutkimuksessa ei voida sanoa, että sosiaalinen tuki olisi merkittävästi yhteydessä huoltajien sosioekonomiseen asemaan.

Verrokkit kokevat saavansa enemmän sosiaalista tukea ja ovat vähemmät masentuneita, kun taas potilailla tilanne on päinvastainen. Sukupuolille asetelma on kuitenkin eri. Naiset kokevat saavansa enemmän sosiaalista tukea kuin miehet, mutta ovat miehiä masentuneempia. Naisilla ja potilailla masennusoireiden määrä laskee eniten. Huoltajien so-

sioekonominen asema ei tässä tutkimuksessa ole merkittävästi yhteydessä masennuksen eikä sosiaalisen tuen määrään.

4.1.3 Sosiaalisen tuen ja masennuksen välinen yhteys

Sosiaalisen tuen ja masennuksen välillä vaikuttaa olevan yhteys kun tarkastellaan kaikkia vastanneita yhtä aikaa (Taulukko 5). Sosiaalisella tuella ja masennuksella on negatiivinen korrelaatio, eli mitä enemmän on sosiaalista tukea, sitä vähemmän on masennusta lähes kaikissa sosiaalisen tuen ja masennuksen muuttujien korrelaatioissa. Saman mittauksen masennuksella ja sosiaalisen tuen määrällä on vahvempi yhteys kuin eri kertojen mittauksilla.

Kun tarkastellaan kaikkia yhdessä, on alkumittauksen masennusoireisiin kaikilla sosiaalisen tuen luokilla negatiivinen korrelaatio. Perheen tuella niin alkumittauksessa (-,467**) kuin seurannassakin (-,331**) on sosiaalisen tuen luokista suurin yhteys masennusoireiden alhaisempaan tasoon koko tutkimuksen aikana, ystävillä sitten ja viimeiseksi läheisellä ystävän alkumittauksen tuella. Seurannassa mitattu läheisen ystävän tuki ei ole yhteydessä alkumittauksen masennukseen. Seurannan masennusoireiden määrällä on samalla tavalla myös negatiivinen korrelaatio sosiaaliseen tukeen, etenkin perheen tuki vaikuttaa olevan tärkeä myös tässä tapauksessa. Sosiaalisella tuella on siis kaikkia tarkasteltaessa yhteys pienempiin masennuspisteisiin.

Masennuksen muutokseen sosiaalisella tuella ei sen sijaan ole suurta yhteyttä. Alkumittauksen kokonais- (,246**), perheen (,307**) ja ystävien (,131*) tuella on yhteys masennuksen muutokseen, mutta korrelaation suunta on päinvastainen kuin voisi olettaa. Mitä vähemmän masennusoireet lievenevät tai jopa niiden lisääntyminen on yhteydessä hyvään sosiaaliseen tukeen alkumittauksessa. Perheen tuki on tässäkin merkitsevin tuen luokista. Sosiaalisen tuen positiivinen korrelaatio masennuksen lisääntymiseen tai pysymiseen ennallaan saattaa selittyä sillä, että verrokki ja potilaat ovat samassa mittauksessa. Verrokki saavat enemmän sosiaalista tukea, mutta masennuspisteet laskevat

TAULUKKO 5: Masennuksen ja subjektiivisen sosiaalisen tuen väliset korrelaatiot Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella

<i>Sosiaalinen tuki ja masennuspisteet</i>	<i>Kokonaistuki</i>		<i>Läheinen ystävä</i>		<i>Perhe</i>		<i>Ystävät</i>	
	Alkumittaus	Seuranta	Alkumittaus	Seuranta	Alkumittaus	Seuranta	Alkumittaus	Seuranta
Masennus 0v	-,404**	-,303**	-,149**	-,089	-,467**	-,331**	-,238**	-,233**
Masennus 1v	-,302**	-,491**	-,121*	-,273**	-,362**	-,465**	-,158**	-,368**
Muutos	,246**	,017	,084	-,076	,307**	,079	,131*	-,005
Potilas								
Masennus 0v	-,205**	,019	-,107	,117	-,229**	-,100	-,122	,034
Masennus 1v	-,112	-,454**	-,043	-,301**	-,139	-,368**	-,023	-,356**
Muutos	,130	-,297**	,081	-,304**	,112	-,138	,103	-,268**
Verrokki								
Masennus 0v	-,407**	-,285**	-,153*	-,107	-,507**	-,350**	-,207**	-,196**
Masennus 1v	-,296**	-,401**	-,122	-,200**	-,353**	-,460**	-,187*	-,251**
Muutos	,131	-,068	-,033	-,079	,246**	-,031	-,031	-,065
Mies								
Masennus 0v	-,277*	-,347**	-,076	-,091	-,417**	-,435**	-,221	-,298*
Masennus 1v	-,258*	-,603**	-,109	-,368**	-,363**	-,471**	-,184	-,504**
Muutos	,030	-,140	-,068	-,253*	,194	,098	,018	-,121
Nainen								
Masennus 0v	-,470**	-,364**	-,235**	-,168**	-,466**	-,330**	-,297**	-,293**
Masennus 1v	-,361**	-,545**	-,211**	-,347**	-,346**	-,480**	-,220**	-,402**
Muutos	,311**	,074	,141*	-,013	,326**	,084	,183**	,056

** Korrelaatio on merkitsevä tasolla ,01

* Korrelaatio on merkitsevä tasolla ,05

vähemmän kuin potilaiden, koska heillä on alun perin vähemmän masennuspisteitä. Tämä voi siis näennäisesti saada tilanteen vaikuttamaan siltä, että suurempi sosiaalinen tuki nostaa masennuspisteitä.

Potilaiden kohdalla alkumittauksen ja seurannan masennusoireet korreloivat vain saman kerran mittauksien kanssa. Korrelaatio on negatiivinen. Alkumittauksen masennus on yhteydessä vain perheen sosiaaliseen tukeen (-,229**), kun taas seurannan masennusoireet korreloivat kaikkien seurannan sosiaalisen tuen luokkien kanssa. Tästä voi tehdä kaksi tulkintaa: Joko masennus-oireiden määrä vaikuttaa siihen, miten ihminen arvioi tukea ja siten potilas arvioi masentuneena tuen huonommaksi kuin se todellisuudessa onkaan tai sitten tukea todella on sitä vähemmän enemmän masennusoireita potilaalla on. Huomionarvoista on se havainto, että alkutason korkea sosiaalinen tuki ei ole yhteydessä masennuksen määrään seurannassa. Tämä tarkoittaa sitä, että alkumittauksen korkealla sosiaalisella tuella ei vaikuta olevan vaikutusta masennusoireiden määrän laskuun. Saman huomion voi tehdä siitä, että masennuksen muutos korreloi vain seurannan kokonaistuen (-,297**), läheisen ystävän (-,304**) ja ystävien (-,268**) tuen kanssa.

Verrokkien kohdalla tuki ei ole niin selkeästi jakautunut mittauksen mukaan. Suurempi korrelaatio saman mittauksen kerran masennusoireiden määrän ja sosiaalisen tuen kesken on tosin myös verrokeilla selkeästi havaittavissa. Masennuksen muutokseen verrokeilla on yhteydessä vain perheen tuki alkumittauksessa. Perheen tuki (,246**) on verrokeilla yllättäen yhteydessä masennusoireiden lisääntymiseen. Tämä on yllättävä tulos, sillä hypoteesin mukaan sosiaalisen tuen pitäisi vähentää masennusoireilua. Todennäköisesti verrokkit, jotka ovat saaneet lähelle 0-pistettä BDI –testissä alkumittauksessa, kokevat jo alussa saavansa enemmän tukea kuin verrokkit, joilla on masennuspisteitä. Kun masennusoireet sitten kaikilla vähenevät, paitsi niillä, joilla oireet eivät enää voi vähentyä, vaikuttaa se tämän lattiavaikutuksen vuoksi siltä kuin sosiaalinen tuki olisi yhteydessä masennuksen lisääntymiseen.

Sukupuolia tarkasteltaessa huomataan, että naisilla on sosiaalisen tuen ja masennusoireiden määrän yhteys on pääsääntöisesti suurempi kuin miehillä. Naisilla kaikki

tuen muodot ovat yhteydessä masennusoireisiin niin alkumittauksessa kuin seurannasakin. Miehillä alkumittauksen sosiaalisen tuen kanssa korreloivat kokonaistuen summapistemäärät ja perheen tuet alkumittauksessa ja seurannassa, sekä läheisen ystävän ja ystävien tuki seurannassa. Miesten masennusoireiden muutoksen kanssa korreloi merkittävästi vain läheisen ystävän tuki (-,253*) seurannassa. Korrelaatio on negatiivinen. Naisilla masennuksen muutos –muuttujan kanssa on positiivinen korrelaatio alkumittauksen kokonaistuella (,311**), sekä läheisen ystävän (,141*), perheen (,326**) ja ystävien (,183**) tuilla.

Etenkin naisilla siis vaikuttaa siltä, että korkeampi sosiaalinen tuki on toisaalta yhteydessä masennusoireiden määrän vähäisyyteen eri mittauskerroilla. Yllättävää siis on, että korkeampi sosiaalinen tuki on kuitenkin yhteydessä masennusoireiden määrän lisääntymiseen tai pysymiseen samana tutkimuksen aikana. Tällöin edellisessä kappaleessa esitetty oletus siitä, että tämä ilmiö olisi selitettävissä lattiavaikutuksella, ei ainakaan naisten kohdalla pidä paikkaansa, sillä naisilla on alussa korkeammat masennuspisteet kuin miehillä. Toisaalta lattiavaikutus voi kuitenkin näkyä naisten kohdalla siksi, että verrokkinaiset kokevat tuen suuremmaksi ja ovat vähemmän masentuneita, kun taas potilaat ovat masentuneempia ja kokevat saamansa tuen vähäisemmäksi. Kun masennuspisteet sitten laskevat enemmän potilasnaisilla, niin vaikuttaa siltä kuin alhaisempi koettu sosiaalinen tuki olisi yhteydessä masennuksen vähenemiseen.

4.4 Sosiaalisen tuen vaikutus masennuksen määrän muutokseen

Pohjana monimuuttujamalleille tarkastellaan sitä, miten eri selittävät muuttujat ovat erikseen yhteydessä masennuksen muutokseen. Muuttujia tässä (Taulukko 6) ovat tutkimusryhmä, sukupuoli, huoltajien sosioekonominen asema, alkumittauksen masennusoiremäärä, alkumittauksen ja seurannan kokonais-, perheen ja ystävien tuki. Muuttujien yhteys masennuksen muutoksen tutkitaan ensin kaikkien tutkittavien osalta, sitten verrokkien, potilaiden, naisten ja miesten osalta erikseen.

Kaikkia yhdessä tarkasteltaessa verrokeilla ($\beta = ,578^{***}$) masennusoireet näyttävät lisääntyneen. Tulos selittyys kuitenkin sillä, että potilaiden masennusoireiden on ollut mahdollista vähetä enemmän kuin verrokkien. Tulos on sama myös sukupuolittaisella tarkastelulla. Vaikka verrokkien normaali mieliala on pysynyt samana, näyttää se siltä, että verrokkien masennusoireet olisivat lisääntyneet, kun masennuksen alkumittauksen oireita ei ole vakioitu. Kuten sanottu, naisten korkeammat masennuspisteet alussa mahdollistavat masennuspisteiden suuremman laskun, joten myös naissukupuoli ($\beta = -,120^*$) näyttää liittyvän masennuksen suurempaan vähenemiseen kun tarkastelussa ovat kaikki yhdessä. Potilaita tutkittaessa tämä sama tulos toistuu, mutta verrokkien kohdalla yhteyttä ei näy. Iällä ei ole yhteyttä masennuksen muutokseen. Huoltajien sosioekonomisella asemalla ei pääasiassa ole yhteyttä masennuksen muutokseen, mutta kun tarkastellaan kaikkia tutkittavia yhdessä, ylempi toimihenkilö on vähäisessä yhteydessä ($\beta = ,124^*$) masennusoireiden määrän lisääntymiseen.

TAULUKKO 6: Yksittäiset muuttujat masennuksen muutos -muuttujan kanssa regressioanalyysissä

Regressiomalli	Kaikki β	Potilas β	Verrokki β	Mies β	Nainen β
Verrokki	,578***			,371**	,626***
Nainen	-,120*	-,211**	-,003		
Ikä	,014	,085	-,022	,179	-,024
Työntekijä	,000	-,039	-,058	-,093	,034
Alempi toimihenkilö	-,096	,023	-,058	-,099	-,106
Ylempi toimihenkilö	,124*	,067	,122	,204	,093
Masennus 0v	-,745***	-,601***	-,524***	-,607***	-,765***
Koko tuki 0v	,259***	,117	,115	,075	,325***
Koko tuki 1v	-,062	-,336***	-,159*	-,173	,007
Perhe 0v	,286***	,083	,257**	-,046	,328***
Perhe 1v	,029	-,197**	-,085	-,099	,065
Ystävät 0v	,173**	,106	-,033	,156	,215***
Ystävät 1v	-,059	-,284***	-,152*	-,123	-,004

β beta

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

+/- lisää/vähentää masennusta

Masennusoireiden määrä alkumittauksessa on yhteydessä kaikkien ($\beta = -,745^{***}$), potilaiden ($\beta = -,601^{***}$), verrokkien ($\beta = -,524^{***}$), miesten ($\beta = -,607^{***}$) ja naisten ($\beta =$

-,765***) masennuspisteiden muutokseen. Mitä enemmän masennusoireita on alkumittauksessa mitattu, sitä enemmän masennuspisteet vähenevät tutkimuksen aikana. Tämän selittää masennuspisteiden vähenemisen mahdollistava potentiaali. Kun masennuspisteet ovat korkeat, eivät pisteet enää voi kasvaa kovinkaan paljoa, kun tulee pisteiden katto vastaan. Tällöin puhutaan kattovaikutuksesta. Sen sijaan korkeilla masennuspisteillä on mahdollisuus laskea kohti nollaa. Tämän takia tässä tutkimuksessa kattovaikutusta vielä merkittävämpi tekijä on lattiavaikutus. Kun masennuspistemäärä on vähäinen, eli lähellä nollaa, ei pisteiden ole enää mahdollista vähetä enempää. Tällöin muutujien sosiaalisen tuen vaikutus näkyy vain niillä, joilla masennuspisteet voivat vähetä.

Alkumittauksen korkeampi kokonaistuki ($\beta = ,259^{***}$), kun tarkastellaan kaikkia yhdessä, on yhteydessä masennuspisteiden lisääntymiseen. Yksittäisessä tarkastelussa tämä tulos ei näy potilailla ($\beta = ,117$), eikä verrokeilla ($\beta = ,115$), eikä miehillä ($\beta = ,075$). Naisilla ($\beta = ,325^{***}$) sen sijaan korkea sosiaalinen tuki alkumittauksessa on yhteydessä masennuspisteiden lisääntymiseen tai vähäisempään laskuun. Tämä sama asia on havaittavissa myös korrelaatiomatriisissa. Seurannan kokonaistuki ei ole kaikkia ($\beta = -,062$) tarkasteltaessa yhteydessä masennuksen muutokseen, mutta kun tutkitaan potilaita ja verrokkeja erikseen, huomataan, että tuki onkin nyt yhteydessä masennuspisteiden vähenemiseen potilailla ($\beta = -,336^{***}$) erittäin merkitsevästi ja verrokeilla ($\beta = -,159^*$) merkitsevästi. Sukupuolia tarkasteltaessa yhteys ei ole havaittavissa.

Perheen alkumittauksen tuen yhteys masennuksen muutoksen on huomattavissa kun tarkastellaan verrokkeja ($\beta = ,257^{**}$), naisia ($\beta = ,328^{***}$) ja kaikkia ($\beta = ,286^{***}$) yhdessä. Perheen alkumittauksen tuella on yllättäen yhteys masennuksen lisääntymiseen. Perheen seurannan tuki ($\beta = -,197^{**}$) taas on yhteydessä vain potilaiden masennuspisteiden muutokseen. Yhteys on negatiivinen. Ystävien alkumittauksen tuella on positiivinen yhteys kaikkien ($\beta = ,173^{**}$) ja naisten ($\beta = ,215^{***}$) tukeen. Ystävien seurannan tuen määrä taas on negatiivisesti yhteydessä erittäin merkitsevästi potilaiden ($\beta = -,284^{***}$) masennuksen vähenemiseen ja merkitsevästi verrokkien ($\beta = -,152^*$) masennuksen vähenemiseen.

Kun tarkastellaan selittäviä muuttujia yksittäin masennuksen muutos –muuttujan kanssa huomataan, että tulokset ovat hyvin samanlaisia kuin tulokset, jotka saadaan Spearmanin korrelaatiokertoimella. Merkitsevyydet menetelmien välillä eivät juuri eroa toisistaan. Potilaiden seurannassa saama perheen tuki on merkitsevä lineaarisella regressioanalyysillä, muttei korrelaatiokertoimessa. Verrokeilla taas seurannan kokonaistuki ja ystävien tuki ovat merkitseviä regressioanalyysissä, mutta eivät korrelaatiomatriisissa. Yhteyden suunnat ovat samat lukuun ottamatta miehillä perheen tuen alkumittauksen ja seurannan ja naisilla ystävien seurannan tuen yhteyttä, jossa suunta on korrelaatioissa ja regressioanalyysissä on eri. Näiden yhteyksien merkitsevyys on kuitenkin lähellä nollaa, joten yhteyden suunnan vaihtuminen johtuu todennäköisesti menetelmien eroista. Koska Spearmanin korrelaatiokerroin kestää hyvin muuttujien jakaumien vinoutta, ja tulokset ovat lineaarisen regressioanalyysin kanssa samassa linjassa, voidaan olettaa ettei jakaumien vinous vaikuta myöskään lineaarisen regressioanalyysin tuloksiin merkitsevästi. Näin voidaan siirtyä monimuuttujamalleihin.

Kun tarkastellaan (Taulukko 7, Malli 1) taustamuuttujien, eli tutkimusryhmän, sukupuolen, iän ja vanhempien sosioekonomisen aseman, yhteyttä masennuspisteiden väheneemiseen, voidaan huomata, etteivät nämä tekijät yksittäin selitä masennuspisteiden muutosta. Tämä on havaittavissa kaikissa tapauksissa, eli silloin kun masennuksen alkupistemäärä on vakioitu ja kun tarkastellaan kaikkia tutkittavia yhdessä tai potilaita ja verrokkeja erikseen. Jos alkumittauksen masennuspisteitä ei vakioitaisi, niin sukupuolella ja tutkimusryhmällä olisi yhteys masennuspisteiden muutokseen. Kokonaisuutena taustamuuttujat selittävät kaikkien kohdalla 56 %, potilaiden kohdalla 38 % ja verrokkien kohdalla 28 % masennusoireiden vaihtelusta tutkimuksena aikana.

Kun on todettu taustamuuttujien yhteisvaikutus, on hyvä ottaa tarkasteluun mukaan sosiaalisen tuen muuttujat, eli alkumittauksen ja seurannan perheen ja ystävien tuet (Malli 2). Huomataan, että kun havainnoidaan potilaita ja verrokkeja yhtäikaa, perheen tuki alkumittauksessa on yhteydessä masennuspisteiden nousemiseen ($\beta = ,114 *$), kun taas perheen ($\beta = -,251 *$) ja ystävien ($\beta = -,157 *$) tuki seurannassa ovat yhteydessä

TAULUKKO 7: Masennuksen muutos malleittain kaikilla tutkittavilla, sekä potilailla ja verrokeilla

Regressiomalli	Kaikki				Potilas				Verrokki			
	B	SE B	β	R ²	B	SE B	β	R ²	B	SE B	β	R ²
Malli 1				,559 ***				,378 ***				,283 ***
Verrokki	,701	1,179	,033		-	-	-		-	-	-	
Nainen	,158	1,002	,006		-,601	1,815	-,021		1,061	,835	,084	
Ikä	,355	,236	,054		,856	,413	,124		-,136	,204	-,044	
Työntekijä	,749	1,620	,033		1,745	2,881	,071		-,329	1,370	-,031	
Alempi toimihenkilö	,683	1,629	,030		1,090	2,817	,048		-,196	1,431	-,017	
Ylempi toimihenkilö	,699	1,627	,030		1,765	2,909	,070		-,208	1,374	-,020	
Masennus 0v	-,666	,052	-,723 *		-,751	,078	-,600 *		-,461	,058	-,539 *	
Malli 2				,643 ***				,492 ***				,411 ***
Verrokki	1,562	1,104	,075		-	-	-		-	-	-	
Nainen	2,076	,983	,077 *		2,285	1,893	,079		2,364	,829	,187 *	
Ikä	,256	,219	,039		,661	,415	,095		,015	,190	,005	
Työntekijä	,565	1,457	,025		1,893	2,644	,079		-,890	1,273	-,085	
Alempi toimihenkilö	,221	1,474	,010		,904	2,616	,040		-,892	1,323	-,076	
Ylempi toimihenkilö	,694	1,479	,031		2,173	2,723	,085		-,499	1,279	-,048	
Masennus 0 v	-,680	,051	-,754 *		-,760	,079	-,619 *		-,477	,062	-,558 *	
Perhe 1v	,262	,114	,114 *		,294	,190	,126		,316	,118	,244 *	
Perhe 1v	-,625	,119	-,251 *		-,650	,190	-,281 *		-,548	,129	-,354 *	
Ystävät 0 v	,143	,110	,056		,321	,183	,136		-,149	,109	-,100	
Ystävät 1 v	-,479	,135	-,157 *		-,607	,225	-,213 *		-,234	,135	-,130	
Malli 3				,637 ***				,472 ***				,402 ***
Nainen	2,435	,950	,090 *		2,632	1,850	,091		2,087	,793	,165 *	
Masennus 0v	-,736	,034	-,817 *		-,768	,075	-,625 *		-,478	,061	-,559 *	
Perhe 0v	,300	,109	,130 *		,421	,182	,181 *		,278	,113	,215 *	
Perhe 1v	-,652	,115	-,261 *		-,758	,180	-,327 *		-,515	,126	-,332 *	
Ystävät 1 v	-,367	,111	-,120 *		-,385	,176	-,135 *		-,314	,119	-,174 *	

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

masennuspisteiden laskuun. Perheen masennusta lisäävä vaikutus voidaan tässä vaiheessa selittää, kuten korrelaatioissa, verrokkien suuremmalla sosiaalisella tuella ja masennuspisteiden vähenemisen pienemmällä potentiaalilla.

Kun tarkastellaan potilaita ja verrokkeja erikseen, huomataan, etteivät alkumittauksen perheen ($\beta = ,126$) eikä ystävien ($\beta = ,136$) tuet potilailla ole yhteydessä masennuspisteiden muutokseen. Seurannassa perheen ($\beta = ,281^*$) ja ystävien ($\beta = -,213^*$) tuet taas ovat yhteydessä masennuspisteiden suurempaan laskuun. Verrokeilla taas naissukupuoli ($\beta = ,187^*$) ja perheen ($\beta = ,244^*$) tuki alkumittauksessa näyttävät selittävän masennuspisteiden nousua, kun taas perheen ($\beta = -,354^*$) tuki seurannassa liittyy masennuspisteiden vähenemiseen. Yllättävä tulos on, että alkumittauksessa korkeampi perheen tuki on yhteydessä masennusoireiden määrän lisääntymiseen.

Taulukon 7 malleissa 1 ja 2 merkitseviksi muuttujiksi nousivat sukupuoli, alkumittauksen masennuspisteet, perheen tuki niin alkumittauksessa kuin seurannassakin ja ystävien tuki seurannassa. Kun tarkastellaan kaikkia merkitseviksi nousseita muuttujia (Malli 3), huomataan, että potilaita ja verrokkeja yhtäkaa sekä verrokkeja erikseen tarkasteltaessa nämä kaikki muuttujat ovat merkitsevästi yhteydessä masennuksen muutokseen. Masennuspisteiden nousuun ovat yhteydessä naissukupuoli ja perheen korkeampi tuki alkumittauksessa. Masennuspisteiden laskun kanssa taas ovat yhteydessä perheen ja ystävien tuki seurannassa. Potilailla kaikki edelliset muuttujat sukupuolta lukuun ottamatta ovat merkitseviä selittäviä muuttujia. Tuloksena siis vaikuttaa olevan se, että jostain syystä perheen tuki alkumittauksessa liittyy masennuspisteiden kasvuun, kun taas seurannan tuki vähenemiseen. Perheen tuki myös selittää ystävien tukea enemmän masennuspisteiden muutosta.

Huomionarvoista on kuitenkin se, että kun kaikki muut muuttujat on vakioitu, alkumittauksen perheen tuella ei ole yhteyttä masennuksen muutokseen potilailla. Tämä on merkittävä seikka sen takia, että tämän perusteella voidaan tehdä oletus, että alkumittauksen sosiaalisella tuella, eli perheen tai ystävien tuella, ei tässä tutkimuksessa ole suurta yhteyttä masennuksen muutokseen. Verrokkien masennusoireiden määrän muutos ei

kuitenkaan kerro niin paljoa, koska verrokeista suurin osa ei ole ollut masentunut tutkimuksen aikana.

Kun jaetaan tutkittavat sukupuolen mukaan (Taulukko 8), on nähtävissä se, että miesten kohdalla sosiaalinen tuella on vähemmän yhteyttä masennuksen muutoksen kuin naisten kohdalla. Kummallakaan sukupuolella ei tutkimusryhmä, eikä ikä, ole yhteydessä masennuksen muutokseen, silloin kun masennuksen alkumittauksen taso on vakioitu.

Kun nämä taustamuuttujat ovat sosiaalisen tuen neljän muuttujan, eli perheen ja ystävien alkumittauksen ja seurannan tuen, kanssa samassa mallissa (Malli 2), nähdään, että miehillä masennuspisteiden alkumittauksen lisäksi ystävien seurannan tuki nousee merkitseväksi masennuspisteiden vähenemisen selittäjäksi. Naisilla sosiaalisen tuen muodot nousevat merkitsevimmiksi selittäjiksi kuin miehillä. Naisilla alkumittauksen masennuspisteiden tason lisäksi perheen tuella ($\beta = ,172 *$) on yhteys masennuspisteiden nousuun, kun taas seurannan perheen ($\beta = -,260 *$) ja ystävien ($\beta = -,136 *$) tuet ovat yhteydessä masennuspisteiden laskuun. Naisilla tämä sama ilmiö on nähtävissä (Malli 3) myös silloin, kun taustamuuttujia ei ole vakioitu, kun taas miehillä taustamuuttujien poisottaminen hävittää ystävienkin seurannan tuen merkitsevyyden. Voidaan siis sanoa, että sosiaalinen tuki on yhteydessä masennuspisteiden vähyyteen, muttei voida sanoa, että sosiaalinen tuki ennustaisiin masennuksen vähenemistä.

Masennusoireiden määrä pääasiassa laskee tutkittavilla tutkimuksen aikana. Naiset ja potilaat ovat masentuneempia tutkimuksen alussa kuin miehet ja verrokkit. Tämä mahdollistaa tuloksen siitä, että potilailla ja naisilla masennuspisteet myös laskevat enemmän kuin verrokeilla ja miehillä. Sosiaalista tukea nuoret kokevat saavansa enemmän läheiseltä ystävältä ja ystäviltaan kuin perheeltään. Verrokkit ja naiset kokevat saavansa enemmän sosiaalista tukea kuin potilaat ja miehet.

TAULUKKO 8: Masennuksen muutos sukupuolittain

	Mies				Nainen			
Regressiomalli	B	SE B	β	R ²	B	SE B	β	R ²
Malli 1				,450***				,591***
Verrokki	-5,990	3,436	-,301		2,102	1,263	,098	
Ikä	,963	,655	,146		,214	,251	,033	
Työntekijä	4,507	6,082	,178		,669	1,644	,030	
Alempi toimihenkilö	5,407	5,817	,262		,324	1,670	,014	
Ylempi toimihenkilö	6,845	5,834	,338		-,080	1,669	-,003	
Masennus 0v	-,996	,203	-,838 *		-,620	,053	-,694 *	
Malli 2				,691 ***				,661***
Verrokki	-3,041	2,826	-,159		2,806	1,204	,133 *	
Ikä	,600	,529	,093		,164	,236	,025	
Työntekijä	7,131	4,667	,302		,163	1,505	,007	
Alempi toimihenkilö	8,778	4,573	,443		-,217	1,539	-,009	
Ylempi toimihenkilö	11,332	4,581	,581		-,721	1,543	-,031	
Masennus 0v	-1,067	,163	-,934 *		-,613	,053	-,696 *	
Perhe 0v	-,664	,354	-,254		,390	,119	,172 *	
Perhe 1v	-,272	,305	-,124		-,663	,130	-,260 *	
Ystävät 0v	,449	,263	,212		,112	,119	,041	
Ystävät 1 v	-,733	,303	-,303 *		-,454	,150	-,136 *	
Malli 3				,633 ***				,477***
Masennus 0v	-,950	,106	-,832 *		-,699	,036	-,794 *	
Perhe 0v	-,632	,363	-,241		,377	,118	,166 *	
Perhe 1v	-,181	,322	-,082		-,660	,130	-,259 *	
Ystävät 0v	,460	,273	,217		,092	,119	,034	
Ystävät 1 v	-,888	,310	-,367		-,414	,149	-,124 *	

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Spearmanin korrelaationkertoimella saadaan selville, että sosiaalisella tuella on yleisesti ottaen yhteys vähäisempään masennusoireiluun. Selvimmin tämä yhteys näkyy kun tarkastellaan kaikkia yhdessä ja perheen tuen kohdalla. Sen sijaan kun tarkastellaan masennusoireiden muutosta ja sosiaalista tukea, tulee esille yllättävä tulos. Kaikkilla tutkitavilla, verrokeilla ja naisilla on havaittavissa, että korkeampi sosiaalinen tuki on yhteydessä masennusoireiden kasvuun. Korrelaatioissa tämä on kuitenkin selitettävissä masennuspisteiden lattiavaikutuksella.

Masennusoireiden korkea määrä alussa on ainoana taustamuuttujana yhteydessä masennusoireiden määrän laskemiseen kaikissa malleissa. Tutkimusryhmä, sukupuoli, ikä tai huoltajien sosioekonominen asema eivät yleisesti ottaen selitä masennusoireiden määrän muutosta. Vain naissukupuoli on yhteydessä masennusoireiden määrän kasvuun kaikilla ja verrokeilla. Kun mallissa ovat taustamuuttujien lisäksi perheen ja ystävien tuet alkumittauksessa ja seurannassa, huomataan, että kaikkia yhdessä, sekä verrokkeja ja naisia erikseen tarkasteltaessa perheen tuki alkumittauksessa on yhteydessä masennusoireiden lisääntymiseen, ja perheen ja ystävien tuet ovat yhteydessä masennusoireiden määrän vähentymiseen. Potilailla tilanne on sama, mutta perheen alkutuki on yhteydessä masennusoireiden määrän lisääntymiseen vain silloin kun mallissa ei ole otettu huomioon taustamuuttujia. Miehillä masennusoireiden määrän muutosta selittää vain ystävien tuki seurannassa, kun taas naisilla sosiaalinen tuki selittää enemmän masennusoireiden muutoksesta. Tärkein tulos on se, että taustamuuttujat eivät juurikaan selitä masennusoireiden määrän muutosta, ja että perheen alkumittauksen tuki on yhteydessä masennusoireiden määrän lisääntymiseen, kun taas seurannan perheen ja ystävien tuet ovat yhteydessä masennusoireiden määrän vähenemiseen.

5 YHTEENVETO

Yhteenvedossa keskitytään ensin siihen, miten tutkimuksen tulokset suhteutuvat aikaisempaan teoriaan sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteydestä. Suurin osa tuloksista on samassa linjassa teorian kanssa. Kuitenkin tuloksissa on yksi piirre, joka on ristiriidassa teorian kanssa. Tässä osiossa pohditaan syitä siihen. Teorian ja tulosten vertaamisen jälkeen esitetään tarve jatkotutkimukselle. Tämän jälkeen analysoidaan tutkimuksen hyviä ja huonoja puolia metodien näkökulmasta.

5.1 Tulokset ja teoria

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää se, vaikuttaako sosiaalinen tuki suotuisasti masennuksesta selviämiseen nuorilla. Hypoteesina oli, että sosiaalisella tuella on masennusta vähentävä vaikutus. Tätä hypoteesia tukivat myös monet teoria-osiossa esitetyt tutkimukset, joiden mukaan sosiaalisella tuella on fyysiselle ja mielenterveydelle edullinen vaikutus. Etenkin subjektiivisesti mitatulla sosiaalisella tuella pitäisi olla vahva yhteys mielenterveyteen. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella havaittiin, että subjektiivinen sosiaalinen tuki on yhteydessä vähäisempään masennukseen, mutta hypoteesi siitä, että sosiaalinen tuki vaikuttaisi merkitsevästi masennuksesta selviämiseen nuorilla, ei saa vahvistusta tästä aineistosta.

Jotta tässä tutkimuksessa voitaisiin väittää, että sosiaalisella tuella on masennusta vähentävä vaikutus, pitäisi etenkin alkumittauksen sosiaalisen tuen ennustaa masennuksen vähenemistä. Näin on siksi, että nimenomaan alkumittauksen korkea sosiaalinen tuki voi ennustaa masennuksen muutosta, kun taas seurannan ei. Seurannan tuki kertoo sosiaalisen tuen tasosta loppumittauksessa, mikä voi kyllä olla seuraus ja yhteydessä masennukseen, muttei syy alhaisempaan masennusoireiden määrään. Kun tarkasteluun otettiin alkumittauksen sosiaalisen tuen mahdollinen yhteys masennuksesta paranemiseen, huomattiin, ettei alkumittauksen sosiaalinen tuki ennustanut masennuksen vähenymistä vaan yhteys näytti olevan jopa päinvastainen. Tämä tulos saatiin silloin kun kaikki tutkittavat olivat mukana tarkastelussa. Myös alkumittauksen perheen tuki oli yk-

sin yhteydessä masennusoireiden määrän kasvuun, mutta myös silloin kun kaikki muut muuttujat oli vakioitu. Nämä tulokset ovat teorian vastaisia ja kaipaavat selitystä. Sen sijaan teorian ja hypoteesin mukaisesti perheen ja ystävien tuet seurannassa olivat yhteydessä masennusoireiden vähenemiseen.

Potilailla perheen alkumittauksen tuki oli yhteydessä masennusoireiden lisääntymiseen hypoteesin ja teorian vastaisesti vain siinä tapauksessa, ettei taustamuuttujia vakioitu. Jokin yhteys siis masennuspotilaidenkin kohdalla on perheen alkumittauksen tuella ja masennuksen pahenemisella. Tämä yhteys ei tässä tutkimuksessa selvinnyt. Seurannan perheen ja ystävien tuet taas olivat yhteydessä masennuksen vähenemiseen potilailla.

Teorian mukaisesti sosiaalinen tuki on kuitenkin selkeästi yhteydessä siihen, että yksilöllä oli vähemmän masennusoireita. Kaikki sosiaalinen tuki, eli kokonaistuki, sekä läheisen ystävän, perheen ja ystävien tuki, on negatiivisesti yhteydessä suoraan masennusoireiden määrän kanssa. On tärkeää huomata, että myös alkumittauksen sosiaalinen tuki oli yhteydessä seurannan masennuspisteiden määrään. Tämä oli tosin huomattavissa vain silloin kun kaikki tutkittavat olivat korrelaatiokertoimessa yhdessä. Jos tarkasteltiin potilaita erikseen, ei tätä yhteyttä ollut kuin alkumittauksen perheen tuen ja alkumittauksen masennuksen välillä. Yllättävää oli, että nimenomaan potilailla sosiaalinen tuki oli lievemmin yhteydessä masennusoireiden määrän kuin verrokeilla.

Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu (esim. Brown 2002, 266), myös tässä tutkimuksessa naiset olivat masentuneempia kuin miehet. Tutkimuksen alussa naisilla ja masennuspotilailla oli korkeammat masennuspisteet kuin miehillä ja verrokeilla. Korkeampien alkupisteiden takia heillä oli myös suurempi masennuspisteiden laskun potentiaali miehiin ja verrokkeihin verrattuna. Masennuspisteet pääasiallisesti laskivat tutkimuksen aikana kaikilla tutkittavilla, mutta eniten pisteiden lasku näkyi juuri, kuten olettaa saattaa, potilailla ja naisilla.

Teorian mukaan naiset saavat usein enemmän sosiaalista tukea kuin miehet. Myös tämän tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että naiset arvioivat saavansa enemmän sosiaalis-

ta tukea kuin miehet. Naisten kannalta sosiaalinen tuki oli myös selvästi merkitsevämpää masennuksesta parantumisen kannalta kuin miehillä. Samoin tutkimus todistaa oikeaksi sen aikaisemmissa tutkimuksissa (Frey & Röthlisberger 1996, 26–27) havaitun seikan, että terveillä nuorilla on usein enemmän sosiaalista tukea kuin masentuneilla. Todistusvoimaa tosin vähentää se seikka, että todennäköisesti masentuneet arvioivat tukea ainakin jonkun verran alemmaksi kuin ei-masentuneet nuoret.

Huoltajien sosioekonomisen aseman yhteys masennuspisteisiin tai niiden muutokseen ei ollut merkittävä. Teorian mukaan sosioekonomisen aseman pitäisi olla yhteydessä masennuksen määrään. Alemman sosioekonomisen aseman on huomattu olevan yhteydessä riskiin masentua (Almqvist 2004, 79–80). Tämä teoria ei saanut tukea tästä tutkimuksesta. Se, ettei sosioekonomisen aseman vaikutus näkynyt tässä tutkimuksessa, voi johtua siitä, etteivät sosioekonomisen aseman erot ole niin merkittäviä Suomessa kuin muualla maailmassa, joissa sosioekonomisen aseman vaikutusta masennusoireiden määrään on enemmän tutkittu. Huoltajien sosioekonomisella asemalla ei myöskään ollut johdonmukaista yhteyttä sosiaalisen tuen määrään, vaikka teoriassa tällainen yhteys on havaittu (Antonucci 2001, 14468).

Voisi olettaa, että ystäväverkosto olisi nuoren kannalta tärkeämpi kuin vanhempien tuki, koska nuorten ja aikuisten kulttuuri on eriytynyt toisistaan (ks. Hurrelmann 1989). Teoriassa kuitenkin perheen merkitys nuorelle niin normaalissa elämässä kuin mielenterveydenkin kannalta todettiin tärkeämmäksi kuin ikätoveriensa tuki. Perheeltä saatava tuki on siis tutkimusten mukaan nuorille erittäin merkittävää. Perheen tärkeys ilmeni myös tässä tutkimuksessa. Perheen tuella oli voimakkaampi yhteys alhaisempaan masennusoireiden määrään kuin läheisen ystävän tai ystävien tuella. Potilaiden ja verrokkien tuen erot näkyivät erityisesti perheen tuessa, mikä viittaisi siihen, että perheen tuella olisi yhteys siihen, miten herkästi nuori masentuu. Teorioissa kuvataan sitä, kuinka erityisesti läheisten ihmisten tuki on yhteydessä alhaisempaan masennukseen (Lin 1986). Nuorilla tämä tarkoittaa erityisesti vanhempien tukea. Vanhempien tuki on korkeampaa tässä tutkimuksessa verrokeilla ja teoriassa terveillä nuorilla. Vanhempien tuen avulla nuori etsii suuntansa elämässä, mikä on nuoruuden tehtävänä.

Nuoret arvioivat tässä tutkimuksessa vanhempien tuen vähäisemmäksi kuin ikätovereiden tuen. Tätä todennäköisesti selittää osaltaan se, että nuoret saavat nuoruudessa vähemmän tukea vanhemmiltaan, kuin aikaisemmin lapsuudessa. Toisaalta tulos voi johtua osaltaan myös siitä, ettei vanhemmilla ole resursseja tukea nuorta niin paljon kuin tämä tarvitsisi. Subjektiivinen sosiaalinen tuki kuvaa nimenomaan yksilön arvioita tuen määrästä, laadusta ja riittävydestä. Voi siis olla, että tukea oli nuorten mielestä määrällisesti vähän, se ei ollut oikeanlaista tai sitä ei ollut tarpeeksi tarpeeseen nähden. Nykyaajan kiireisen elämänrytmi ja yksilöllisyys, jossa vanhemmilla on eriytynyt oma työmaailmansa voi näkyä juuri niin, että vanhemmat eivät ehdi tai jaksakaan tukea nuorta tarpeeksi, ja siksi nuori hakee ystäviltään enemmän tukea. Viettäähän nuori ikätoveriensa kanssa suuren osan ajastaan koulussa ja mahdollisesti vapaa-ajallakin.

Ikätoverien merkitys kasvaa teorian mukaan nuoren elämässä lapsuuteen verrattuna. Tulos siitä, että nuoret arvioivat vanhempiensa tuen vähäisemmäksi kuin ystävien tuen, saattaa kertoa siitä, että nuorten ja aikuisten maailmat ovat eronneet toisistaan (kts Hurrelmann) ja nuoret joutuvat turvautumaan enemmän ikätoveriensa tukeen kuin aikuisten tukeen. Teoriassa on kuitenkin nostettu esille se, että erityisesti mielenterveyden kannalta vanhempien tuki on erittäin tärkeää. Ensinnäkin siksi, että vanhemmat ovat nuorelle usein läheisiä, pelkästään jo siksi, että nuori on vielä lähellä lapsuutta, jolloin vanhemmista oltiin erityisen riippuvaisia.

Ongelma, joka selitystä kaipaa, lienee se, miksi alkumittauksen sosiaalinen tuki ei näytä vähentävän masennusoireita vaan pikemminkin päinvastoin? Etenkin perheen tuella on tällainen vaikutus, jota ei osattu odottaa. Toinen kysymys on, että miksi juuri potilailla masennus on heikommin yhteydessä sosiaaliseen tukeen? Tämän tutkimuksen perusteella ei näihin kysymyksiin voi vastata, mutta voidaan esittää arvauksia siitä, mistä tämä voi johtua. Yksi selitys siihen, miksi sosiaalinen tuki ei potilailla tässä tutkimuksessa ollut tiiviisti yhteydessä masennuksen määrään, liittyy otoksen valikointiin. Koska tutkimukseen on valittu pelkästään psykiatrisessa hoidossa olevia potilaita, ei sosiaalisen tuen vaikutusta pystytä erottamaan. Paranemisprosessiin vaikuttaa niin moni muukin tekijä kuin vain sosiaalinen tuki. Potilaat ovat vähintäänkin tavanneet psykologia tai psykiatria, koska ovat avohoidon piirissä. Tämän lisäksi he ovat saattaneet saada lääkehoitoa ja mahdollisesti myös terapiaa.

Tässä tutkimuksessa sosiaalisen tuen osuus paranemisprosessissa voi olla hyvin pieni verrattuna masentuneisiin nuoriin, jotka eivät ole avohoidon piirissä. Voi jopa olla niin, että kun nuori ohjautuu ammatillisen avun piiriin, kokevat vanhemmat, että vastuu siirtyy heiltä ammattilaisille. Ne masentuneet taas, joilla on hyvä tukiverkosto, saattavat pärjätä ilman ammatillista apua ja näin ollen ovat jääneet tutkimuksesta pois. Tätä ei tosin voi yleistää, sillä hyvä tukiverkosto usein edesauttaa hoitoon hakeutumista. Voi olla, että ne vanhemmat, jotka antavat enemmän sosiaalista tukea, myös ohjaavat nuoren helpommin hoitoon, koska tietävät, mitä nuorelle kuuluu.

On kuitenkin otettava vielä huomioon se mahdollisuus, että perheen tuella tässä tutkimuksessa oli todella jopa masennusta lisäävä vaikutus, koska tulokset viittaavat siihen. Teoriassa sosiaalisella tuella voi olla negatiivinen vaikutus mielenterveyteen silloin, kun tuen antajalla on itsellään mielenterveyden ongelmia (Rosenquies, Fowler & Christakis 2011). Tämän tutkimuksen valossa tuen antajan mielenterveyteen ei saada selvyyttä. On myös mahdollista, että saadessaan korkeaa sosiaalista tukea läheisiltään, nuori saattaa jättää vastuun paranemisestaan muille. Tällöin nuori ei välttämättä saa kokemusta siitä, että selviäisi itse. Korkea sosiaalinen tuki voi periaatteessa lisätä masentuneen stigmaa nuorella, jos kanssakäyminen keskittyy liikaa vain masennuksen ympärille.

Teoriassa on esitetty, että sosiaalinen tuki, jota yksilö ei tajua saavansa, olisi kaikista tehokkainta (Howland & Simpson, 2010). Mikäli näin olisi myös nuorten kohdalla tässä tutkimuksessa, voisi se selittää korkean sosiaalisen tuen mahdollista yhteyttä masennuksen lisääntymiseen. Ne, jotka eivät tajua saavansa sosiaalista tukea, arvioivat tuen pienemmäksi, mutta paranevat kuitenkin teorian mukaan paremmin. Tässä tutkimuksessa tämä asia jää käsittelemättä, koska mittauksen kohteena on vain subjektiivinen sosiaalinen tuki. Ellosen (2008) tulos siitä, että sosiaalisen tuen jakautuminen selittää masennusoireiden määrää ryhmätasolla enemmän kuin sosiaalisen tuen määrä. Jos sosiaalisen tuen määrä ei siis itsessään selitä masennusta niin paljoa, voi se selittää sitä seikkaa, ettei sosiaalisella tuella vaikutus masennuksesta selviämiseen näy, tässä tutkimuksessa kun sosiaalisen tuen jakautumista ei ole mitattu.

Näiden asioiden lisäksi voi olla myös niin, ettei masennuksen syy liity sosiaalisen tuen piirissä oleviin asioihin. Nuorten masennus voi liittyä esimerkiksi rakenteista lähtöisin olevaan vaikeuteen löytää oma paikkansa sosiaalisessa ympäristössä ja yhteiskunnassa. Jos yhteiskunnan rakenne on syynä, voi olla, että sosiaalinen tuki ei auta. Näitä mahdollisia syitä ei kuitenkaan pystytä tässä tutkimuksessa selvittämään, joten tässä olisi hyvä jatkotutkimuksen kohde. Olisi vielä hyvä tutkia, miten nimenomaan seurantatutkimuksissa sosiaalinen tuki vaikuttaa masennuksen muutokseen. Saadaanko samanlaisia tuloksia vai onko tämän tutkimuksen tulos alkumittauksen sosiaalisen tuen masennusta lisäävästä vaikutuksesta jostain tietystä tekijästä johtuva seikka.

Vaikka sosiaalinen tuki ei tämän tutkimuksen mukaan vähennä masennusoireiden määrää, liittyy se kuitenkin vähäisempään masennukseen, sekä ihmisten onnellisuuteen ja terveyteen. Sosiaalisen tuen verkostojen pitäisi olla luonnollisia ja helposti saatavilla, koska kaikkia mielenterveyden haasteita ei kuitenkaan voida hoitaa ammattilaisten toimesta. Sosiaalista tukea olisi hyvä olla saatavilla, minkä lisäksi tuen antajien olisi hyvä myös itse saada tukea, että he eivät kuormittuisi. Yhteiskunnan pitäisi tukea sellaista rakennetta, jossa sosiaalinen tuki voisi toimia kunnolla. Ihminen on kuitenkin pohjimmiltaan sosiaalinen olento, joka tarvitsee toisia selvittääkseen erilaisista elämäntapahtumista, sekä kokeakseen itsensä osaksi suurempaa kokonaisuutta.

5.2 Metodien pohdinta

Kuten jo aiemmin kävi ilmi, ongelmana nimenomaan sosiaalisen tuen tutkimisen kannalta on se, että potilaat oli valittu psykiatrisen hoidon piiristä. Tällöin monta asiaa on jo tapahtunut ennen kuin nuoret pääsevät hoidon piiriin ja on oletettavissa, että moni asia vaikuttaa parantumiseen enemmän kuin sosiaalinen tuki. Tutkimuksen kannalta ideaalitulanteessa tutkittavilla ei siis olisi muita masennuksen määrään vaikuttavia tekijöitä, jolloin sosiaalisen tuen vaikutus voitaisiin paremmin vakioda.

Toinen sosiaaliseen tukeen liittyvä tutkimuksen rajoite on se, että sosiaalisen tuen mittari kuvaa vain subjektiivista sosiaalista tukea, eli kokemusta siitä, onko nuorella läheisiä

ihmisiä, jotka auttavat tai jotka auttaisivat, kun tarvitsee. Se ei siis kerro sitä, saako yksilö rakenteellista tai funktionaalista tukea. Subjekttiivisen tuen ongelma tässä tutkimuksessa on se, että silloin kun ihmiset ovat masentuneita, he saattavat arvioida sosiaalisen tuen alhaisemmaksi kuin se todellisuudessa on, jolloin on todennäköistä, että tulokset ainakin osittain vääristyvät.

Sosiaalisen tuen mittarissa on kysymyksiä, jotka kartoittavat tuen saamisen kokemusta, mutta eivät erottele instrumentaalista ja emotionaalista tukea. Mittari kuitenkin painottuu emotionaaliseen tukeen ja voikin olla, että havaintojen ulkopuolelle jää instrumentaalinen tuki, jolla voi olla myös tärkeä merkitys masennuksen määrän vähenemiseen. Jokin tieto tai taloudellinen apu saattaa olla ratkaiseva tekijä hankalasta masennukselle altistavasta elämäntilanteesta selviämiseen. Subjekttiivinen sosiaalinen tuki jättää siis ulkopuolelleen ison osan koko sosiaalisen tuen kirjosta. Objektiiivinen sosiaalinen tuki on kuitenkin edellytys subjektiiviselle kokemukselle ja tuen funktiot antaisivat myös mielenkiintoista tietoa siitä, millainen tuki on masentuneelle tärkeää.

Tutkimus oltaisiin voitu tehdä niin, että tutkittavat oltaisiin voitu jakaa alkumittauksen mukaan masentuneet- ja ei-masentuneet-ryhmiin. Tässä jaottelussa potilas- tai verrokki-statuksella ei olisi merkitystä. Osalla verrokeista masennusoireita oli kuitenkin lievään masennukseen tarvittava määrä. Jos tutkittavat oltaisiin jaettu alkumittauksen masennusoireiden määrän mukaan kahteen ryhmään, oltaisiin todella voitu vertailla ei-masentuneiden ja masentuneiden saamaa sosiaalista tukea.

Tutkimuksen laatua ja tulosten luotettavuutta olisi parantanut erottelukykyisempi sosiaalisen tuen mittari. Nyt suurin osa vastaajista koki saavansa maksimimäärän sosiaalista tukea etenkin läheisen ystävän ja ystävien tuen kohdalla. Ideaalitulanteessa vastausten jakauma olisi lähellä normaalijakaumaa. Tutkimuksen tuloksiin todennäköisesti vaikutti se, ettei sosiaalisen tuen eroja saatu selkeästi esille tässä käytetyllä mittarilla. Myös jo menetelmät –osassakin käsitelty suomennoksen heikkous vaikutti mittarin käytettävyyteen tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksen ansiona on se, että se on seurantatutkimus. Pelkällä poikkileikkaustutkimuksella olisi saatu tulos siitä, että sosiaalinen tuki on yhteydessä masennuksen määrään. Poikkileikkauksella ei kuitenkaan oltaisi saatu selville sosiaalisen tuen ja masennuksen määrän yhteyden ristiriitaa, joka tässä tutkimuksessa ilmeni. Seurantatutkimuksen ansiona oli myös se, että sillä pystyttiin tutkimaan sitä, kuinka sosiaalinen tuki liittyy masennuksen muutokseen. On merkitsevämpää, että masennuksen määrän ja sosiaalisen tuen yhteys tulee esille kahdessa mittauksessa eikä vain yhdessä. Tutkimus ei siis tyydy vain toistamaan sitä faktaa, että masennus ja sosiaalinen tuki liittyvät toisiinsa, vaan nostaa masennuksen muutoksen keskiöön ja tuo esiin ongelmia, joita sen ja sosiaalisen tuen yhteyteen liittyy. Tämä tutkimus antaa vinkkiä siihen, että seurantatutkimukset tällä alalla ovat tärkeitä ja nostaa esille tarpeen selittää tarkemmin sosiaalisen tuen vaikutuksen mekanismeja.

LÄHTEET

Aalto-Setälä, Terhi & Marttunen, Mauri & Tuulio-Henriksson, Annamari & Poikolainen, Kari & Lönnqvist, Jouko 2002. Depressive Symptoms in Adolescents Predictors of Early Adulthood Depressive Disorder and maladjustment. *AM J Psychiatry* 159 (7), 1235–1237.

Almqvist, Fredrik 2004. Yhteisölliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Teoksessa Moilanen, I. & Räsänen, E. & Tamminen, T. & Almqvist, F. & Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Antonucci T.C. 2001. Social Support, Psychology of. Teoksessa *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* 20 Oxford: Elsevier.

Asvall, Jo Erik 2001. Can we turn table to depression? Teoksessa Dawson, Ann & Tylee, Andre (toim.) *Depression: Social and Economic Timebomb. Strategies for quality care. Proceedings of an international meeting*. Lontoo: BMJ Books.

Barrera, Manuel Jr. 1986. Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology* 14 (4), 413–445.

Barrera, Manuel Jr. & Garrison-Jones, Carolynne 1992. Family and Peer Support as Specific Correlates of Adolescent Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 20 (1), 1–16.

BBC News 2009. Depression looms as global crisis. 2.9.2009. Viitattu 30.6.2011 <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/8230549.stm>

Beck, Aaron T. & Steer, Robert, A. Carbin, Margery G. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8, 77-100.

Beck, Ulrich & Beck-Gernsheim, Elisabeth 2001. *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. London: Sage Publications Ltd.

Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas 1994. *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma*. Alkuperäisteos 1966. Helsinki: Gaudeamus.

Berkman, Lisa F. & Syme, S. Leonard. 1979. Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-Year Follow-Up Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology* 109 (2), 186–204.

Brown, George 2002. Social Roles, Context and Evolution in the Origins of Depression. *Journal of Health and Social Behavior* 43, 255–276.

Brugha, Traolach S. 1991. Support and Personal Relationships. Teoksessa Bennett, D. & Freeman, H. (toim.) *Community Psychiatry: The Principles*. London: Churchill-Livingstone.

Brugha, Traolach S. 1995. Social Support and Psychiatric Disorder. Research findings and guidelines for clinical practise. New York: Cambridge University Press.

Burr, Vivien 2007. Sosiaalipsykologisia ihmiskäsityksiä. Tampere: Vastapaino.

Bäckman, Guy 1987. Yksilö, lähiympäristö ja terveys. Juva: WSOY.

Bö, Inge, 1989. The Significant People in the Social Networks of Adolescents. Teoksessa Hurrelmann K. & Engel, U. (toim.) *The Social World of Adolescents. International Perspectives*. Berlin: Walter De Gruyter.

Cheng, Sheung-Tak & Chan, Alfred C. M. 2004. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: Dimensionality and Age and Gender Differences in Adolescents. *Personality and Individual differences* 37, 1359–1369.

Cauce, Ana Mari & Mason, Craig & Gonzales, Nancy & Hiraga, Yumi & Liu, Gloria 1994. Social Support During Adolescence: Methodological and Theoretical Considerations. Teoksessa Nestmann, Frank & Hurrelmann, Klaus (toim.) *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence*. Berlin: Walter de Gruyter.

Cohen, Sheldon & Syme, Leonard, S. 1985. Issues in Study and Applications of Social Support. Teoksessa Cohen, S & Syme, L. S. (toim.) *Social Support and Health* San Francisco: Academic Press.

Due, Pernill & Holstein, Bjorn & Lund, Rikke & Modvig, Jens & Avlund, Kirsten 1999. Social Relations: Network, Support and Relational Strain. *Social Science and Medicine* 48, 661–673.

Durkheim, Emile 1985. Itsemurha: Sosiologinen tutkimus. Alkuperäisteos 1897. Helsinki: Tammi.

Ellonen, Noora. 2008. Kasvuyhteisö nuoren turvana. Sosiaalisen pääoman yhteys nuorten masentuneisuuteen ja rikekäyttäytymiseen. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Field, Tiffany & Diego, Miguel & Sanders, Christopher 2001. Adolescent Depression and Risk Factors. *Adolescence* 36 (143), 491–498.

Finfgeld-Connett Deborah 2005. Clarification of Social Support. *Journal of Nursing Scholarship* 37 (1), 4–9.

Frey, Conrad U. & Röthlisberger, Christoph 1996. Social support in Healthy Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 25 (1), 17–31.

Fröjd, Sari & Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Pelkonen, Mirjami & Von Der Pahlen, Bettina & Marttunen Mauri 2009. Significance of Familylife Events in Middle Adolescence: A Survey on Finnish Community Adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 63, 78–86.

Furlong, Andy & Cartmel Fred 2006. Young People and Social Change: New Perspectives. Maidenhead: Open University Press.

Gilbert, Paul 2007. Psychotherapy and Counselling for Depression. London: Sage Publications.

Gottlieb, Benjamin & Bergen Anne E. 2009. Social Support Concepts and Measures. *Journal of Psychosomatic Research* 69, 511–520

Hamilo, Marko 2011. Luonnollisesti hullu. Evoluutio ja mielenterveys. Helsinki: BTJ Finland Oy.

Heiskanen, Tarja & Tuulari, Jyrki & Huttunen, Matti O. 2011a. 1.30 Miksi ihminen masentuu. Teoksessa Heiskanen, T. & Huttunen O. & Tuulari J. (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heiskanen, Tarja & Tuulari, Jyrki & Huttunen, Matti O. 2011b. 1.30 Masennuksen riskitekijät ja oireet. Teoksessa Heiskanen, T. & Huttunen O. & Tuulari J. (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heiskanen, Tarja & Tuulari, Jyrki & Huttunen, Matti O. 2011c. 1.60 Masennustilojen yleisyys ja merkitys. Teoksessa Heiskanen, T. & Hutunen O. & Tuulari J. (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

House, J. S. & Umberson, D. & Landis K. R. 1988. Structures and Processes of Social support. *Annual Review of Sociology* 14, 293–318.

Howland, Maryhope. & Simpson, Jeffry, A. 2010.. Getting in Under the Radar: A Dyadic View of Invisible Support. *Psychological Science*, December vol 21. no 12.

HS. 2010 Suomi on nyt maailman kolmanneksi onnellisin maa. 27.10.2010. Viitattu 1.9.2011
<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Suomi+on+nyt+maailman+kolmanneksi+onnellisin+maa/1135261202985>

Hurrelmann, Klaus 1989. The Social World of Adolescents: A Sociological Perspective. Teoksessa Hurrelmann K. & Engel, U. (toim.) The Social World of Adolescents. International Perspectives. Berlin: Walter De Gruyter.

Huurre, Taina & Eerola, Mervi & Rahkonen, Ossi & Aro, Hillevi 2007. Does Social Support Affect the Relationship Between Socioeconomic Status and Depression. A Longitudinal Study from Adolescence to Adulthood. *Journal of affective Disorders* 100, 55–64.

Isometsä, Erkki 2011a. 2.20 Masennustilan oireet ja diagnoosi. Teoksessa Heiskanen, T. & Hutunen O. & Tuulari J. (toim.) Masennus Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isometsä, Erkki 2011b. 2.30 Masennustilan puhkeaminen ja tunnistaminen. Teoksessa Heiskanen, T. & Hutunen O. & Tuulari J. (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hyypä, Markku T. & Mäki, Juhani 2003. Social Participation and Health in a Community Rich in Stock of Social Capital. *Health and Education Research* 18 (6), 770–779.

Jokela, Markus & Räikkönen, Katri & Lehtimäki, Terho & Rontu Riikka & Keltikan-gas-Järvinen Liisa 2007. Tryptophan hydroxylase 1 gene (TPH1) moderates the influence of social support on depressive symptoms in adults. *Journal of Affective Disorders* 100, 191–197.

Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto 2007. Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Jähi, Rita & Koponen, Tuija & Männikkö, Miia 2011. 11.50 Masennuspotilaan omaisen tukeminen. Teoksessa Heiskanen, T. & Hutunen O. & Tuulari J. (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Järvinen, Tero. 2007. Koulu ja yhteisöllisyys. Teoksessa Hoikkala, T. & Suurpää, L. (toim.) Jokela-ilmiö. Sikermä nuorisotutkijoiden näkökulmia. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisuja 17.

Kaltiala-Heino; Riittakerttu & Rimpelä, Matti & Rantanen, Päivi & Laippala, Pekka 2000. Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and depression. In Journal of Affective Disorders. vol. 64. 155-166.

Karlsson, Linnea & Marttunen, Mauri. 2007. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B.

Karlsson, Linnea & Marttunen, Mauri 2011a. 24.20 Masennuksen jatkuvuus ikäkaudesta toiseen. Teoksessa Masennus. Heiskanen, T. & Hutunen O. & Tuulari J. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Karlsson, Linnea & Marttunen, Mauri 2011b. 24.40 Masennuksen riskitekijät ja suojaavat tekijät lapsuus- ja nuoruusiässä.. Teoksessa Masennus. Heiskanen, T. & Hutunen O. & Tuulari J. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Karlsson, Linnea & Marttunen, Mauri 2011c. 24.60 Nuorten masennuksen oirekuva. Teoksessa Masennus. Heiskanen, T. & Hutunen O. & Tuulari J. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kortteinen, Martti. 1982. Lähiö: tutkimus elämäntapojen muutoksesta. Keuruu: Otava.

Koski, Pasi. 2007. Nuoret tarvitsevat yhteisöjä ja yhteisöllisyyttä. Teoksessa Hoikkala, T & Suurpää, L. Jokela-ilmiö. Sikermä nuorisotutkijoiden näkökulmia. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisuja 17

Leskelä, Ulla. 2008. Life Events and Social Support among Patients with Major Depressive Disorder. Helsingin yliopisto. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A 25.

Leskelä, Ulla & Melartin, Tarja & Rytsälä, Heikki & Jylhä, Pekka & Sokero, Petteri & Letelä-Mielonen, Paula & Isometsä, Erkki 2009. Influence of Personality on Objective and Subjective Social Support Among Patients with Major Depressive Disorder. A Prospective Study. The Journal of Nervous and Mental Disease 197 (10), 728–735.

Lin, Nan 1986a. Modeling the Effects of Social Support. Teoksessa Lin, N. & Dean, A. & Ensel, W. (toim.) Social Support, Life Events and Depression. Orlando: Academic Press.

Lin, Nan 1986b. In Retrospect and Prospect. Teoksessa Lin, N. & Dean, A. & Ensel, W. (toim.) Social Support, Life Events and Depression. Orlando: Academic Press.

Lin Nan 1999. Social Support and Depressed Mood: A Structural Analysis. Journal of Health and Social Behaviour 40, 344–359.

Marttunen, Mauri & Pelkonen, Päivi 1999. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J & Heikkinen, M. & Henriksson, M. & Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy: Kustannus Oy Duodecim.

Maslow, Abraham 1943. A Theory of Human Motivation. Psychological Review 50, 370–396.

Myllärniemi, Jorma 2011a. Masennukselle altistavat ensisijaiset tekijät. Nuorten masennuksen oirekuva. Teoksessa Heiskanen, T. & Hutunen O. & Tuulari J. (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Myllärniemi, Jorma 2011b. Masennuksen laukaisevat tekijät. Nuorten masennuksen oirekuva. Teoksessa Heiskanen, T. & Hutunen O. & Tuulari J. (toim.) Masennus Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Najman, Jake M. & Hayatbakhsh, Mohammad & Clavarino, Alexandra R. & Bor, William & O’Callaghan, Michael J. & Williams, Gail M. 2010. Family Poverty Over the Early Life Course and Recurrent Adolescent and Young Adult Anxiety and Depression: A Longitudinal Study. American Journal of Public Health 100 (9), 1719–1723.

Nars, Kari. 2006. Raha ja onni. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Piha, Jorma 2004. Perheen merkitys. Teoksessa Moilanen, I. & Räsänen, E. & Tamminen, T. & Almqvist, F. & Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Pirkola, Sami & Sohlman, Britta 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Helsinki: Stakes verkkajulkaisu.

Raitasalo, Raimo & Maaniemi, Kaarlo 2009. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat nuorille sairauspoissaoloja. *Sosiaalivakuutus* 4, 22–24.

Ritakallio, Minna 2008. Self-Reported Depressive Symptoms and Antisocial Behaviour in Middle Adolescence. Tampereen yliopisto. Kansanterveystiede. Väitöskirja.

Rogers, Anne & Pilgrim, David 2005. *Sociology of Mental Health and Illness*. England: Open University Press.

Saari, Juho. 2010. Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOYpro.

Salasuo, Mikko 2007. Atomisoitunut sukupolvi. Helsingin kaupungin tietokeskus: Tutkimuksia 2007, 7.

Sallinen, Marjukka. 2006. Nuoret perheessä. Päiväkirjatutkimus perheen arjesta työssäkäyvien vanhempien ja heidän kouluikäisten lastensa kokemana. Teoksessa Wiska, T. & Lähteenmaa, J. (toim.) *Kultainen nuoruus. Kurkistuksia nuorten hyvinvointiin ja sen tutkimiseen*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.

Sarason, Irwin, G. & Sarason, Barbara, R. 1985. Social support: Mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships*. 26 (1), 113–120.

Seeman, Theresa, E. 1996. Social Ties and Health. The Benefits of Social Integration. *Annals of Epidemiology* 6 (5), 442–451.

Stewart, Miriam. J. 1989. Social Support: Diverse Theoretical Perspectives. *Social Science & Medicine* 28 (12), 1275–1282.

Tausig, Mark & Michello, Janet 1988. Seeking Social Support. *Basic and Applied Social Psychology* 9, 1–12.

Thoits, Peggy 1995. Stress, Coping, and Social Support Processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior* 35 (Extra Issue), 53–79.

Tontti, Jukka. 2000. Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos.

Tontti, Jukka. 2008. Monimielinen masennus. Arjen reseptejä elämäntaudin hoitoon. Tampere: Vastapaino.

Uchino, Bert N. & Cacioppo, John T. & Kiecolt-Glaser, Janice K. 1996. The Relationship Between Social Support and Psychological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychological Bulletin* 119 (3), 448–531.

Veiel, Hans O.F. 1985. Dimensions of Social Support: a Conceptual Framework for Research. *Social psychiatry* 20, 156–166.

WHO World Health Organization 1990. *Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.

LIITTEET

LIITE 1: Masennusoireiden määrä kaikilla 10-kantaisella logaritmuunnoksella ja ilman

	Lähtötaso	Log lähtötaso	Seuranta	Log seuranta
Vinous	,686	,693	2,079	,171
Huipukkuus	-,153	-,722	4,945	-1,057

LIITE 2: Masennuksen muutos –muuttuja kaikilla neliöjuurimuunnoksella ja ilman

	Muutos	Neliö (sqrt)
Vinous	-,678	-,379
Huipukkuus	1,247	5,533

LIITE 3: Kokonaistuki, läheisen ystävän, perheen ja ystävien tuki kaikilla tutkittavilla luonnolisella logaritmuutoksella ja ilman alkumittauksessa.

	Koko	LNkoko	Ystävä	LNystävä	Perhe	LNperhe	Ystävät	LNystävät
Vinous	-,862	-,900	-1,557	,401	-,614	-,521	-1,232	-,057
Huipukkuus	,543	,134	1,869	-1,254	-,619	-,891	1,099	-1,269

LIITE 3: Kokonaistuki, läheisen ystävän, perheen ja ystävien tuki kaikilla tutkittavilla luonnolisella logaritmuutoksella ja ilman seurannassa

	Koko	LNkoko	Ystävä	LNystävä	Perhe	LNperhe	Ystävät	LNystävät
Seuranta								
Vinous	-1,268	-,495	-1,942	,645	-1,029	-,134	-1,576	,206
Huipukkuus	1,703	-,774	3,627	-,954	,241	-1,227	2,395	-1,188

LIITE 4: Masennuspisteiden mediaanit

	Lähtötaso	Seuranta	Muutos
Tutkimusryhmä			
ADS -potilas	21	6	-14
Verrokki	3	1	-1
Sukupuoli			
Mies	10	1	-2
Nainen	14	3	-6
Huoltajien SES			
Ei tietoa/eläk./opisk./muu	15,5	5	-4,5
Työntekijä/yksin.yrit.	14	3	-4
Alempi toimihenkilö	15	4	-9
Yl. toimihlö/työnantaja	6,5	2	-2
Yhteensä	13	3	-4

LIITE 5: Masennuspisteiden mediaanit potilailla

	Lähtötaso	Seuranta	Muutos
Huoltajien SES			
Ei tietoa/eläk./opisk./muu	28	5	-16,5
Työntekijä/yksin.yrit.	20	6	-14
Alempi toimihenkilö	21	5	-14
Yl. toimihlö/työnantaja	19,5	8	-12
Yhteensä	21	6	-14

LIITE 6: Masennuspisteiden mediaanit verrokeilla

	Lähtötaso	Seuranta	Muutos
Huoltajien SES			
Ei tietoa/eläk./opisk./muu	4	3,5	-2
Työntekijä/yksin.yrit.	2	1	0
Alempi toimihenkilö	5	2	-1
Yl. toimihlö/työnantaja	2	1	-1
Yhteensä	3	1	-1